Nr. 4 LISTOPAD 1930 ROCZNIK III

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.

Druk. L. Mioduszewski, Warszawa, Złota 45. Tel. 747-94.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 4 LISTOPAD 1930 r.

Przepukliny urazowe i ocena procentowa ich następstw

podał

Dr. med. M. WILIMOWSKI, chirurg

Naczelny Lekarz Szpitala Miejskiego w Katowicach

Podług referatu wygłoszonego na V Zjeździe Zrzeszenia Lek. Kol. w Katowicach 9.IX-1930 r.

Herniologja, nauka o przepuklinach, jest od dawnych lat do tego stopnia ustalona, że w piśmiennictwie ostatnich lat nie znajdziemy zasadniczych rozpraw tyczących tego tematu. Nie odnosi się to jednakże do rozdziału, o którym mi właśnie mówić wypada, t. j. do tak zwanych przepuklin urazowych. W tej materji zdania nie są jeszcze ustalone i piśmiennictwo o tych przepuklinach wyrosło do rozmiarów wprost olbrzymich. Przepukliny urazowe sprawiały i do dziś dnia sprawiają nam lekarzom niemało trudności. Każdy z nas zapewne nieraz znajdował się już w tej sytuacji.

Kilka tylko słów o przepuklinach wogóle. Jak często przepukliny zachodzą? Według starszych statystyk (nowszych obszerniejszych statystyk w piśmiennictwie mnie tu dostępnem z ostatnich lat nie znalazłem) obliczają: Malgaigne 1 : 21, Wernher 1 : 42, Kaufmann 1 : 36, Brandenberg 1 : 29.

Mówiąc o przepuklinach, myślimy prawie wyłącznie o przepukinach pachwinowych, ponieważ ilość procentowa przepuklin innych jest daleko mniejsza. Stosunek przepukliny pachwinowej do przepukliny udowej n. p. obliczamy na 75 : 1.

Wszyscy autorzy są zgodni co do tego, że przeważna część przepuklin jest wrodzona. Jako wrodzoną przepuklinę określamy nietylko tą, którą znajdziemy zaraz po urodzeniu, ale także tą, która występuje w późniejszych latach, o ile znajdziemy u niej częściowo lub w całości otwarty zaułek otrzewnowy. Możemy zatem powiedzieć, że wrodzona jest nie przepuklina, a raczej wrodzony jest worek prze-

puklinowy. Lucas Championnière uważa (według Reichle'go) wszystkie przepukliny, które powstają aż do 30 roku życia za wrodzone. Jeszcze dalej idzie Murray, który wszystkie przepukliny bez wyjątku uważa za wrodzone. Stanowisko to uzasadnia faktem, że przy obdukcjach znalazł w 21$^0/_0$ worki przepuklinowe u osobników, którzv nigdy nie mieli przepukliny właściwej. Reichle, opierając się na wymienionych autorach oraz na statystykach Franka, Berezowskiego-Kochera, Wooda, Goldnera stwierdza, że 40—50$^0/_0$ wszystkich przepuklin uważać musimy za wrodzone. Tyle słów wstępnych.

Nie mogę w tym miejscu oczywiście poruszać całego szeregu dalszych spraw wchodzących w zakres tego przedmiotu.

Jeżeli chodzi teraz o nasz temat, to wypada nasamprzód stwierdzić daleko idącą rozbieżność i niejasność w mianownictwie.

Przepuklina może niewątpliwie powstać przez wypadek nieszczęśliwy, ale jest to zdarzenie bardzo rzadkie, przeważnie przepuklina rozwija się powoli, etapami. Od czasu, kiedy zaprowadzono w państwach europejskich ustawę ubezpieczeniową, ilość przepuklin wypadkowych rośnie stale. Wiemy, że prawie każdy robotnik ubezpieczony, gdy u niego wystąpi przepuklina, idzie do lekarza i twierdzi, że przepuklina została spowodowana jakimś wypadkiem w pracy, a każdy laik jest przekonany, że przepukliny te istotnie powstać mogą tylko przez wypadek. Z tem większym krytycyzmem musimy my lekarze odnosić się do tej sprawy. Nie będę tu znowu nużył kolegów podawaniem różnych statystyk, wskażę tylko na postępowanie wzgl. osądzanie przepuklin wypadkowych przez Najwyższy Sąd Ubezpieczeniowy Rzeszy Niemieckiej, t. zw. Reichsversicherungsamt. Do R. V. A zgłoszono w ciągu jednego roku 400 przypadków przepuklin wypadkowych i R. V. A. uznał na mocy orzeczeń lekarskich tylko 32 wypadki, t. zn. 8$^0/_0$ i ustalił renty wypadkowe.

Wychodząc z założenia, które określiłem na wstępie, że przeważna część wszystkich przepuklin, o ile nie są przyrodzone, powstaje powoli pod ciśnieniem tłoczni brzusznej, większość autorów uważa powstanie przepukliny pachwinowej przez wypadek za bardzo nieprawdopodobne, natomiast uznają możliwość powstania przepukliny pachwinowej poprzednio już zapoczątkowanej.

Przepuklina wypadkowa powstaje w dwóch zasadniczych postaciach.

I. Przez ciężki uraz zewnętrzny następuje rozdarcie powłok brzusznych. W miejscu rozdarcia powstają wrota przepuklinowe, przez które występuje przepuklina. Rozdarcie może nastąpić w każdem miejscu ciała, a więc w miejscach, gdzie nie występują typowe

przepukliny i oczywiście także w miejscach typowych przepuklin, gdzie rozdarcie nastąpi tem łatwiej, ponieważ w miejscu tem zachodzi locus minoris resistentiae powłok brzusznych.

Rozpoznanie tego rodzaju przepuklin wypadkowych nie będzie nam sprawiało trudności. W każdym takim wypadku bowiem zachodzić będzie ciężki uraz, uszkodzony staje się natychmiast niezdolnym do dalszej pracy. Objawy objektywne, jak uszkodzenia zewnętrzne skóry, wybroczyny krwawe, obrzęk, rozdarcie w mięśniach lub powięzi, szczeliny w tych miejscach ułatwią nam rozpoznanie.

W tych wypadkach nie będziemy mieli wątpliwości, że zachodzi przepuklina wypadkowa i przyznamy rentę wypadkową.

Tego rodzaju przepukliny nazwałbym *bezpośrednie przepukliny urazowe z rozdarcia.* Przepukliny te w piśmiennictwie francuskiem nazwano „hernie de force“ lub „hernie de violence“.

II. Przepuklina występuje nie bezpośrednio przez uraz zewnętrzny, a raczej pośrednio przez podniesienie tłoczni brzusznej. Dany osobnik przyprawił się o przepuklinę przez oberwanie, jak to często słyszymy, lub przez jakikolwiek nadzwyczajny wysiłek fizyczny. Te przepukliny są dla nas najważniejsze, bo ocena ich właśnie jest tak trudna dla nas, a tak ważna dla czynników ponoszących świadczenia ubezpieczeniowe. Przy tych przepuklinach należy rozróżnić 2 rodzaje:

1) W czasie wypadku dany osobnik nie miał jeszcze worka przepuklinowego wzgl. usposobienia do przepukliny. Wystąpienie takiej przepukliny jest możliwe tylko przez pęknięcie mięśni, powięzi, wzgl. rozścięgna. Takich jednakże uszkodzeń przy wystąpieniu przepukliny bodaj że nie stwierdzono z całą pewnością. Tego rodzaju zatem przepuklina wypadkowa jest niewątpliwie niesłychaną rzadkością

2) Przy drugim rodzaju tych przepuklin miał dany osobnik już przyrodzony worek przepuklinowy, t. zn. zachodziło usposobienie do przepukliny. Przez nagłe podniesienie tłoczni brzusznej zostały jelita wtłoczone do worka przepuklinowego. W większej części tych przypadków byłaby się zapewne z biegiem czasu drogą zwykłą przepuklina wywiązała. Musimy jednak przyznać, że zachodzi możliwość, że w przypadkach tych nigdy nie byłoby doszło do przepukliny bez wypadku, i dlatego musimy przyznać rentę wypadkową. Tego rodzaju przepukliny nazwałbym przepukliny tłoczone, jako że powstały drogą tłoczni brzusznej.

By jednakże lekarz przepukliny te mógł uznać za przepukliny wypadkowe i przyznać rentę wypadkową, muszą być według Biera spełnione następujące warunki:

1) Nie może zachodzić wątpliwość, że miał istotnie miejsce wypadek po myśli ustawy ubezpieczeniowej i wywiad musi jasno stwierdzić, że wypadek nieszczęśliwy był tego rodzaju, że mógł spowodować znaczne podniesienie tłoczni brzusznej.

2) Dany osobnik musi odczuć silny ból, który zmusza go do natychmiastowego przerwania pracy. Uszkodzony winien natychmiast lub conajmniej w najbliższych 3 dniach udać się do lekarza, wzgl. go zawołać. Daleko ważniejsze jednakże od bólów, które oczywiście dany osobnik może udawać, są objektywne dane, jak bladość, wymioty, omdlenie, przyśpieszenie tętna, wzgl. tętno nikłe. Jeżeli żaden z tych objawów nie zachodzi, to można z przeważającem prawdopodobieństwem powiedzieć, że przepuklina była conajmniej zapoczątkowana i byłaby prędzej czy później wystąpiła bez wypadku.

3) Przepuklina winna być mała, najwyżej dochodzić do wielkości jaja kurzego. Nie powinna znikać sama od siebie w pozycji leżącej i nie dać się w łatwy sposób odprowadzić.

4) Zupełnie jasny będzie przypadek, w którym przepuklina o małych rozmiarach będzie uwięzła.

5) Większe rozmiary przepukliny i łatwa odprowadzalność jej przemawiają z całą pewnością przeciwko powstaniu przepukliny przez wypadek. Również w przypadkach, gdy znajdziemy jeszcze jedną lub więcej innych przepuklin, przemawiać to będzie z wielkiem prawdopodobieństwem przeciwko przepuklinie wypadkowej.

Często znajduje się w piśmiennictwie jeszcze jeden warunek, mianowicie zdanie, że, o ile badanie lekarskie przeprowadzone krótko przed wypadkiem nie stwierdziło przepukliny, wtenczas należy przyjąć, że w danym wypadku została przepuklina spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem. To jednakże się nie zgadza. Wiemy bowiem, że przepukliny często na przeciąg dłuższego czasu znikają i po pewnym okresie znowu występują

Przyjrzyjmy się bliżej tym warunkom.

1) Nie może zachodzić wątpliwość, że miał miejsce wypadek nieszczęśliwy po myśli ust. ubezpieczeniowej i wywiad musi jasno stwierdzić, iż wypadek nieszczęśliwy był tego rodzaju, że mógł spowodować znaczne podniesienie tłoczni brzusznej.

U nas tu na Śląsku obowiązuje ordynacja ubezpieczeniowa, która powiada: „przepuklinę wypadkową uznaje się, jeżeli wystąpi bezpośrednio po wypadku nieszczęśliwym w czasie pracy lub po nadzwyczajnym wysiłku w pracy, t. j. po takim wysiłku fizycznym, który przechodzi ramy zwykłe tej pracy, do której dany osobnik jest przyzwyczajony."

Określenie „wypadek nieszczęśliwy“ nie potrzebuje dalszego komentarza, nie może być oczywiście mowy o przepuklinie wypadkowej, gdy przepuklina wystąpi przy zwykłych wysiłkach, jakie powodują czynności życia codziennego, jak kaszel, kichanie, wciąganie buta lub nawet parcie tłoczni brzusznej przy oddawaniu stolca.

Co do wysiłku przechodzącego zwykłą pracę danego osobnika, to będzie tu chodziło w pierwszym rzędzie o znane tak zwane „oberwanie się“ przy dźwiganiu ciężarów, zwłaszcza dźwiganiu ciężarów w pozycji niewygodnej, niekorzystnej, poślizgnięcie się przy noszeniu ciężarów i t. p.

Wysiłek nadzwyczajny przechodzący miarę zwykłej pracy zachodzi według ustawy także wtenczas, gdy dana praca w czasie wypadku jest zajęciem, do którego dany osobnik nie jest przyzwyczajony, lub też gdy ta praca jest nieodpowiednią, uwzględniając wiek i siłę uszkodzonego. Tu będzie rzeczą lekarza wydać sąd odpowiedni.

Praca ciężka, do której dany robotnik jest przyzwyczajony od lat, będzie dla niego pracą zwykłą, dla robotnika zaś innej kategorji może być pracą wyjątkową, wychodzącą poza ramy zwykłej pracy.

Np. podniesienie worka z owsem, ważącego 150 funtów będzie dla woźnicy czynnością codzienną zwykłą, ale przesunięcie tegoż worka choćby na krótki dystans dla pracownika innego, przyzwyczajonego tylko do lżejszej pracy, będzie niewątpliwie wysiłkiem nadzwyczajnym przechodzącym ramy jego zwykłej pracy.

Warunek 2. Uszkodzony musi odczuć silny ból, który zmusza go do natychmiastowego przerwania pracy. Uszkodzony winien natychmiast lub conajmniej w najbliższych 3 dniach udać się do lekarza lub go zawołać. Daleko ważniejsze jednakże od bólów, które oczywiście dany osobnik może udawać, są objektywne dane, jak bladość, omdlenie, wymioty, przyśpieszenie tętna, względnie tętno nikłe. Jeżeli uszkodzony przyjdzie zbyt późno do lekarza, to będzie to dla lekarza badającego wskaźnikiem do postępowania bardzo ostrożnego, z wielkiem prawdopodobieństwem można tu powiedzieć, że rzekomo uszkodzony się w międzyczasie „namyślił“ lub że go koledzy dopiero uświadomili.

Co do wymienionycb objawów objektywnych, to w razie niezupełnie jasnego stwierdzenia ich, możemy się odnieść jeszcze do protokularnego zeznania świadków, spisanego przy wszystkich wypadkach nieszczęśliwych przez miejsce służbowe.

Warunek 3. Przepuklina wypadkowa winna być mała.

Warunek 4. W razie uwięźnięcia przepukliny sprawa jest jasna— i

Warunek 5. Przepukliny o większych rozmiarach i łatwo odprowadzalne jak również równocześnie stwierdzone inne przepukliny u tego samego osobnika przemawiają z wielkiem prawdopodobieństwem przeciwko przepuklinie wypadkowej i nie potrzebują chyba bliższego komentarza.

Pozwolę sobie przytoczyć przykład, którym my mieli w Komisji Głównej w naszym Wydziale Sanitarnym.

Zwrotniczy I klasy Aleksander R., lat 49, był zatrudniony przy przeprowadzaniu zwrotnic na posterunku Q. Pewnego dnia dźwigając zwrotnicę, uczuł R. silny ból w prawej pachwinie, przestał natychmiast pracować. Już tydzień przed tym wypadkiem było zgłoszone, jak stwierdzono na miejscu służbowem, że zwrotnice idą ciężko, ale nie naprawiono tego. Przy wypadku było obecnych 2 świadków wiarogodnych; 2 naszych kolegów rejonowych stwierdziło przepuklinę wypadkową pachwinową. Według akt personalnych uszkodzonego ostatnie orzeczenie lekarskie podawało wyraźnie, że R. nie miał przepukliny. W Komisji Głównej uznaliśmy z kol. Cieńciałą przepuklinę również jako przepuklinę wypadkową.

Kilka słów jeszcze o przepuklinach pośrednich wypadkowych, przepuklinach udowych, przepuklinach nadbrzusza (Herniae epigastricae) i przepuklinach pępkowych.

Podobnie jak przy przepuklinie pachwinowej mamy również przy przepuklinie udowej locus minoris resistentiae powłok brzusznych pomiędzy naczyniami udowemi z jednej a ligamentum lacunare Gimbernati z drugiej strony, gdzie właśnie przepuklina udowa występuje.

Koerte w orzeczeniu swojem w tej sprawie, oddanem do Najwyższego Sądu Ubezpieczeniowego Rzeszy Niemieckiej, powiada, że ani z doświadczenia swego, ani z literatury nie zna *żadnego wypadku przepukliny udowej wypadkowej.*

Ostatnio Reichle w swojem zestawieniu „Ueber Gewaltbrüche" potwierdza to stanowisko.

W przypadkach zatem przepukliny udowej wypadkowej będziemy musieli postępować ze szczególną ostrożnością.

Co do przepuklin *nadrzusza—herniae epigastricae* — to znowu stoi pewna część autorów na stanowisku radykalnem, odrzucając bezwzględnie możliwość powstania tych przepuklin przez wypadek nieszczęśliwy.

Inni zaś autorzy uznają możliwość powstania tych przepuklin drogą wypadku nieszczęśliwego. Odnosi się to oczywiście do pośred-

nich przepuklin wypadkowych, nie do bezpośrednich, o których później dopiero będzie mowa.

Jeżeli istotnie spotkamy takie przepukliny wypadkowe, to będą to przepukliny nie pośrednie a raczej bezpośrednie, a więc spowodowane ciężkim urazem brzucha, przepukliny które Berger nazywa bardzo trafnie „Hernie de force".

Przy przepuklinach *pępkowych* zachodzi możliwość wstąpienia jelit do istniejącego już worka przepuklinowego. W przeważających jednakże przypadkach będzie chodziło i tutaj o właśnie co wspomniane przepukliny „Hernie de force" Bergera, o których teraz mówić mi wypada.

Bezpośrednie właściwe urazowe przepukliny brzucha z rozdarcia. Są to więc przepukliny bezpośrednie w przeciwstawieniu do poprzednio omówionych pośrednich wytworzonych przez podniesienie tłoczni brzusznej. Podczas gdy przy przepuklinach wypadkowych pośrednich zachodziło usposobienie do przepukliny, to tutaj przy przepuklinach bezpośrednich nie było usposobienia do przepukliny, nie było żadnych szczelin w mięśniach, żadnych wogóle miejsc słabszych. Osobnik dany był zupełnie zdrowy.

Przepukliny te nazwane w literaturze francuskiej, jak już wspomniałem, „Hernie de force" podług Bergera lub „Hernie de violence" podług Hannecarta.

Przepukliny te wytwarzają się w ten sposób, że przez uraz uderzający w powłoki brzuszne dochodzi do rozdarcia mięśni wzgl. powięzi. Przeważnie będą to urazy ciężkie, które rozdarcie to spowodują, przyczem będziemy mogli stwierdzić objektywnie obrażenia skóry, wybroczyny, podbiegnięcia krwawe, a przedewszystkiem szczelinę oczywistą w mięśniach.

Przepukliny, powstałe w ten sposób, mają zwykle rozmiary mniejsze, powiększają się przy kaszlu i parciu.

Wystąpienie tych przepuklin zwykle nie powoduje silnych bólów. Polega to na tem, że tutaj mamy wrota przepuklinowe zwykle większe, przez co otrzewna nie doznaje tak silnego szarpnięcia jak przy przepuklinach poprzednio omówionych — przepuklinach pośrednich, gdzie otrzewna zostaje wtłoczona w długi, znacznie węższy kanał przepuklinowy.

Z tego powodu też rzadko dochodzi przy tych przepuklinach urazowych bezpośrednich do uwięźnięcia.

Jako typowy przykład urazowej przepukliny z rozdarcia podaję następujący przypadek Goertza: uderzenie silne kopytem końskiem w prawą pachwinę. Badanie, które nastąpiło natychmiast po wypadku

wykazało: omdlenienie, zdarcie naskórka, wybroczyny krwawe, obrzęk pachwiny, silne bóle, niemożliwość dalszej pracy, wrota przepuklinowe wąskie, mała bolesna przepuklina, która tylko z trudnością dała się odprowadzić.

Przypadek Bilfingera: uderzenie rogiem wołu w lewą stronę podbrzusza. Natychmiastowe badanie lekarskie wykazało: tuż powyżej ligamentum Pouparti, w środku pomiędzy spojeniem łonowem i przednim górnym kolcem biodrowym guz wielkości jaja gęsiego; tam szczelina przez mięśnie 3 — 4 cm. długa, skóra krwawo podbiegnięta, przepukliny pachwinowej niema, kanał pachwinowy szczelnie zamknięty. Przy próbie odprowadzenia przepukliny następuje omdlenie. Operacja natychmiastowa wykazała: przez wewnętrzny mięsień skośny brzucha idzie szczelina długości 4 cm., powięź poprzeczna na szerokiej przestrzeni poszarpana. W powierzchownej powięzi brzucha szczelina 5 cm. długa. Otrzewna nieprzerwana.

Jeszcze jeden przypadek, który podał Haniołko: uderzenie przez byka rogiem w prawą stronę podbrzusza. Badanie wykazuje w tem miejscu wyraźne zagłębienie w mięśniu, przy parciu tłocznią brzuszną występuje w tem miejscu guz wielkości jaja gęsiego. Natychmiastowa operacja wykazała rozszarpanie powięzi wewnętrznego mięśnia skośnego w 3 miejscach; otrzewna nieskaleczona.

Dla przepukliny urazowej udowej podaję przykład według Thiema: kobieta, lat 57, spadając uderza pachwiną o brzeg beczki Złamanie prawej gałęzi kości łonowej, odłamek przez mięsień łonowy został ściągnięty ku dołowi, przez co kanał udowy się rozszerzył i wystąpiła przepuklina udowa wielkości jaja kurzego.

Jako przykład przepukliny nadbrzusza podaję przypadek Lotheisena: rowerzysta, lat 22, wjeżdża z całą siłą na dyszel, który uderza go powyżej pępka. Zewnętrznie nie było żadnego obrażenia, natomiast silne bóle. Na siódmy dzień po wypadku następują wymioty, chory szybko zapada. Operacja natychmiastowa, chory jednakże umiera in tabula. Sekcja wykazuje szczelinę pomiędzy mięśniami prostemi na szerokość 4 cm. W szczelinie tej uwięźnięty worek otrzewnowy, w którym znajduje się sieć i colon transversum. Colon niezupełnie ściśnięte, tylko zwężone (zwężenie).

Jeszcze ostatni przykład dla przepukliny łonowej: *przypadek Schwarza*: dziewczę dwunastoletnie zostało przejechane w 3-cim roku życia, co spowodowało złamanie kości biodrowych. Z biegiem czasu wywiązała się przepuklina w miejscu spojenia łonowego. Tutaj wrota przepuklinowe pomiędzy kośćmi łonowemi, między któremi szczelina. W pozycji leżącej przepuklina znika.

Wypadnięcia urazowe. Mówiąc o przepuklinach wypadkowych wzgl. urazowych, mamy stale na myśli przepukliny, w których otrzewna nie jest naruszona. Zdarzają się jednakże wypadki, w których na oko mamy przed sobą przepuklinę, t. zn. guz uwypuklający się pod skórą, który jednakże przy operacji wykazuje, że otrzewna jest przerwana, a pod skórą znajdują się jelita gołe. Będziemy wtenczas mówili już nie o przepuklinach, a raczej o wypadnięciu urazowem.

Przepukliny urazowe lędźwiowe. Wracając do właściwego tematu naszego, wypada mi dalej wskazać na przepukliny urazowe lędźwiowe. Przepukliny te występują w znanych dwu miejscach mianowicie:

1) w trójkącie Leshafta, czyli w trigonum lumbale super.-i-
2) w trójkącie Petita, czyli w trigonum lumbale inferius.

Dawniej przyjmowano, iż przepukliny te występują przeważnie w miejscu trójkąta Petita, dopiero autorzy nasi Barącz i Burzyński na mocy swych badań dowiedli, że większa część przepuklin lędźwiowych występuje w trójkącie Leshafta.

Jako przykład tych przepuklin podam jeden z wielu wypadków Barącza.

Uderzenie dyszlem w lewą okolicę lędźwiową. Przez dłuższy czas bóle w tem miejscu, powoli wystąpiła przepuklina wielkości jaja strusiego. Przepuklina daje się odprowadzić, poczem wyczuwa się wgłąb idącą szczelinę tuż poniżej XII żebra.

W końcu, choć tylko krótko, wypada mi wskazać na przepukliny płucne, przepukliny brzuszne wrzekome, przepukliny przeponowe i — ostatecznie — przepukliny sztuczne.

W obrębie przedniej i bocznej ściany powłok brzusznych występują niekiedy tak zwane *przepukliny wrzekome.* Są one wynikiem porażenia mięśni, przeważnie bocznych mięśni brzusznych, a spowodowane różnorodnemi schorzeniami. W pierwszym rzędzie jest poliomyelitis anterior acuta powodem tego porażeniamięśni i wystąpienia przepuklin wrzekomych. Dalej schorzenia rdzeniowe, mianowicie stwardnienie rozsiane rdzenia, lues, nowotwory, spondilitis, w końcu schorzenia nerwów obwodowych, przedewszystkiem VI do XII nerwu międzyżebrowego, które jak wiadomo inerwują także ścianę brzuszną.

Wspomnę jeszcze, że przepukliny tego rodzaju mogą wystąpić także po rozległych thoraco-plastykach.

Przepukliny płucne zachodzą przeważnie na przedniej części klatki piersiowej w jednem z międzyżebrzy.

Przepukliny te występują przeważnie wskutek ciężkiego urazu, ale bywały także wypadki, gdzie przepuklina płucna wystąpiła po kilkakrotnych punkcjach wykonanych z powodu pleuritis exsudativa.

Przepukliny płucne wypadkowe powstają zaraz po wypadku, ale często także występują powoli, z biegiem czasu po poprzednim wypadku nieszczęśliwym.

Przepuklina występuje, jak powiedziałem, między dwoma żebrami, przy wydechu i przy parciu powiększa się wypuklenie, podczas gdy przy wdychaniu wypuklenie znika. Mówimy tu o oddychaniu opacznem.

Przy przepuklinach *przeponowych* będzie chodziło przeważnie o ciężki uraz okolicy nadbrzusza — przypadki te giną zwykle krótko po wypadku — lub też występują przepukliny te powoli wskutek pęknięcia wzgl. rozdarcia przepony brzusznej, które to uszkodzenia prowadzą w konsekwencji do powoli występującej przewlekłej przepukliny przeponowej. Znamiona tych przepuklin są zależne od rozmiarów przepukliny i przedewszystkiem od tego, które narządy brzuszne i w jakich rozmiarach przechodzą przez przeponę i od tego, jak przepuklina wpływa na zmiany ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej.

Przepuklina przeponowa występuje przeważnie po lewej stronie, ponieważ prawa strona przepukliny jest chroniona w wielkiej mierze przez wątrobę.

Leczenie przepukliny przeponowej jest bezwzględnie chirurgiczne, dlatego zadaniem naszem będzie przypadki takie, w których mamy choćby tylko podejrzenie przepukliny przeponowej, przekazać jaknajprędzej do szpitala.

W końcu parę jeszcze słów o tak zwanych przepuklinach *sztucznych*.

Koledzy z Kongresówki zapewne znają te przepukliny z dawniejszych czasów rosyjskich. O przepuklinach tych bowiem zaczęli pisać rosyjscy autorzy jak Orłow, Fedorow, Jaszczyński, Krasnow, Kremow i inni. Są to przepukliny, które zauważyli autorzy ci u rekrutów rosyjskich przeważnie żydowskich.

Tam w Rosji carskiej byli specjaliści od wytwarzania tych przepuklin u poborowych, by ich uchronić w ten sposób od służby wojskowej.

Przepukliny te mają już dziś chyba tylko znaczenie historyczne.

Ocena następstw przepuklin urazowych i ustalenie renty. Zadaniem naszem jest nietylko stwierdzenie związku przyczynowego pomiędzy wystąpieniem przepukliny i wypadkiem nieszczęśliwym, ale także ocena następstw przepuklin wypadkowych, ich wpływ na zdolność zarobkowania uszkodzonego i ustalenie renty wypadkowej.

W Komisji Głównej przy naszej Dyrekcji Katowickiej zauważy-

liśmy z kol. Cieńciałą, że koledzy przy ustalaniu renty z powodu przepuklin są bardzo wspaniałomyślni i hojni! Nieraz mieliśmy przypadki, w których rentę wypadkową z powodu zwykłej przepukliny ustalano na 25⁰/₀ i 30⁰/₀. *Podkreślam przy zwykłych przepuklinach*! Iście po amerykańsku! Bo istotnie tylko w Ameryce uznają tak wysokie renty z powodu przepuklin wypadkowych. Autor amerykański Stanley Maxeiner podaje, że „biegli znawcy osądzają ograniczenie zdolności zarobkowania z powodu przepukliny na 25%."

W prawie wszystkich Państwach Europejskich jednakże tak lekarze, jak i ustawodawstwo ubezpieczeniowe osądzają zgodnie ograniczenie zdolności zarobkowania z powodu przepukliny na 10%.

Wyjątkowo więc tylko będziemy znajdowali się w położeniu, że będziemy musieli uznać wyższą rentę przy przepuklinach pachwinowych.

Będziemy musieli to uczynić także oczywiście w przypadkach poważnych przepuklin bezpośrednich z rozdarciem, jak np. przepuklinach przeponowych, przepuklinach nadbrzusza lub przy wypadnięciach urazowych o większych rozmiarach.

Pomoc lekarska w Dyrekcji Radomskiej. Rok 1929 w świetle liczb.

podał
Dr. Cz. CZECHOWICZ
Lekarz Sanitarny D. O. K. P. w Radomiu.

Dyrekcja Radomska, przecinająca swemi linjami tereny województw Kieleckiego, Lubelskiego, Wołyńskiego i Poleskiego, ma szlaków 2871 klm., w tem normalnych torów 2317 i wąskich 554 klm.

Ludność zaś uprawniona do korzystania z kolejowej pomocy lekarskiej wynosi: pracowników — 16156 i członków rodzin — 39748, ogółem 55904 osób.

Cały teren Dyrekcji podzielony jest na 20 rejonów lekarskich.

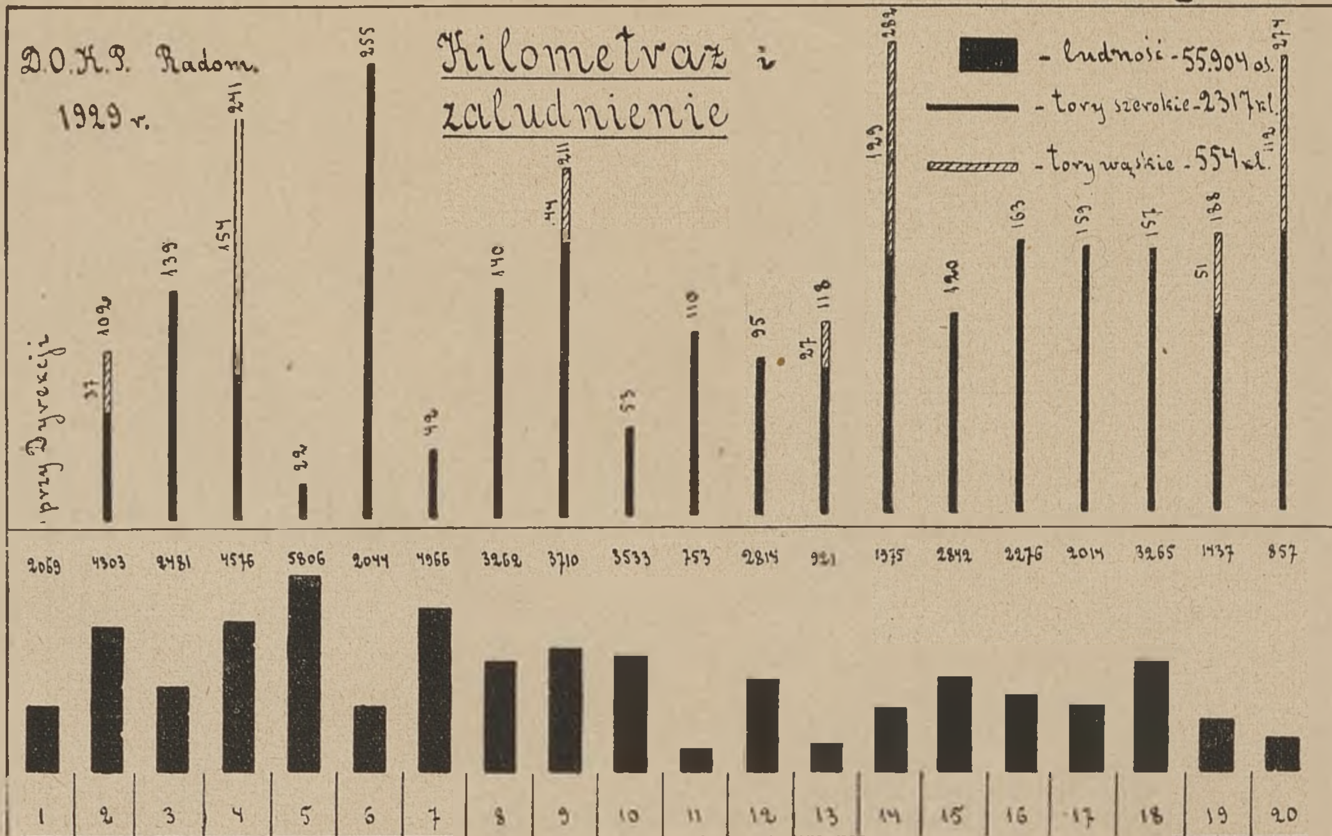
Ile kilometrów oraz jaka ludność przypada na poszczególne rejony, uwidacznia tablica I-a. Jak widzimy, najmniejszy kilometraż (22), lecz zato największe zaludnienie (5806) przypadą na V-y rejon — st. Skarżysko, gdzie znajdują się główne warsztaty wagonowe i parowozowe.

Rejony obsadzone były przez 28 lekarzy rejonowych i 38 felczerów; z tych ostatnich 28 było przy przychodniach w miejscach zamieszkania lekarzy, reszta zaś (10) na osobnych, tak zwanych punktach felczerskich, uzależnionych administracyjnie od lekarzy rejonowych.

Podział na rejony i obsadzenie tych przez personel medyczny był, jak następuje:

№№ rejon.	lekarzy	Siedziba lekarzy	felcz. przy lek.	punkt. felcz. nor. t.	punkt. felcz. wąs. t.	razem felcz.
1	1	Radom	1	—	—	1
2	2	a) Strzemieszycc	1	—	—	1
		b) Miechów	1	—	—	1
3	1	Kielce	2	—	—	2
4	1	Kielce	1	1	1	3
5	2	Skarżysko	2	—	—	2
6	2	a) Skarżysko	1	2	—	3
		b) Sandomierz	—	—	—	—
7	2	Radom	2	—	—	2
8	1	Dęblin	2	—	—	2
9	1	a) Lublin	2	—	—	2
		b) Opole	—	—	—	—
10	1	Lublin	2	—	—	2
11	1	Kraśnik	1	—	—	1
12	1	Chełm	1	1	—	2
13	1	Zwierzyniec	1	1	—	2
14	1	a) Włodzimierz	1	1	—	2
		b) Hrubieszów	—	—	—	—
15	1	Kowel	—	1	—	1
16	1	Kowel	1	1	—	2
17	1	Kowel	2	—	—	2
18	2	a) Równe	2	—	—	2
		b) Zdołbunów	1	—	—	1
19	1	Sarny	1	—	—	1
20	1	Sarny	—	1	—	1
Razem	28	— — — — — — —	28	9	1	38

Tabl. I


D.O.K.P. Radom.
1929 r.
Kilometraż i zaludnienie
- ludność - 55.904 os.
- tory szerokie - 2317 kl.
- tory wąskie - 554 kl.
przy Dyrekcji
37
102
139
154
241
22
255
42
140
44
211
53
110
95
27
118
129
282
120
163
159
157
51
188
112
274
2059
4303
2481
4576
5806
2044
4966
3262
3710
3533
753
2814
921
1375
2842
2276
2014
3265
1437
857
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

Oprócz tego przy rejonie 19-ym na kolejce wąskotorowej Rokitno-Moczulanka jest lekarz pracujący za opłatę jednostkową, zaproszony wyłącznie dla udzielania pomocy pracownikom tej kolejki i mieszkający w Rokitnie.

Porady lekarskie. Ilość porad — wszystkich i pierwszych — tak w przychodniach jak w domu u obłożnie chorych, wykazują poniżej podane zestawienia, gdzie „SR" oznacza lekarza rejonowego, "Fa"-felczerów przy lekarzu i „Fp"-felczerów na punktach, a więc:

Liczba wszystkich porad — a) w przychodniach:

pracownikom			członkom rodzin		
S R.	Fa.	Fp.	S R.	Fa.	Fp.
38011	**26832**	**11839**	**36421**	**44219**	**12489**

b) w mieszkaniu chorego:

pracownikom			członkom rodzin		
S R.	Fa.	Fp.	R S.	Fa.	Fp.
2541	**4047**	**1683**	**4780**	**11725**	**3922**

czyli ogółem udzielono 208509 porad, w tem:

w przych.-prac.	86682,	członkom rodzin 93629,	razem	180311
u chorego „	8271	„ „ 19927	„	28198
ogółem „	94953	„ „ 113556	„	208509

Co do podziału pomiędzy personelem medycznym wszystkich porad, to wypada, że udzielili:

SR	w przych.	74432	u chorego	7321	razem	81753
Fa	„	81051	„	15772	„	96823
Fp	„	24828	„	5105	„	29933
Ogółem	„	180311	„	28198	„	208509

Liczba pierwszych porad. W ogólnej liczbie wszystkich porad było pierwszych: prac. 37846, członk. rodz. 43938 razem 81784;

pracownikom			członkom rodzin		
S R.	Fa.	Fp.	S R.	Fa.	Fp.
19901	**13946**	**3999**	**21647**	**17582**	**4709**

Uzupełnieniem tych danych, ilustrującem porównawczo pracę lekarzy i felczerów, są tablice z wykresami №№ 2, 3, 4 i 5 „wizyty do obłożnie chorych“.

Zestawiając ilość wszystkich porad z ilością zaludnienia, widzimy, że:

1) na 55904 osoby przypadło 208509 porad, czyli że
„ 1 osobę „ 3,7 „ przyczem na pracownika przeciętnie po 5,9 porad, a na członka rodziny po 2,9 porad;

2) co się zaś tyczy pierwszych porad, to stosunek wypada taki:

na	16156	pracowników	37846 porad,
„	39748	członk. rodzin	43938 „
„	55904	osoby	81784 „

czyli na 1-go pracownika 2,3 pierw. porad
„ 1-go czł. rodziny 1,1 „ „
„ 1-ą osobę 1,5 „ „

Na każdy zaś rejon przeciętnie przypadało: pierwszych porad **4112**, powtórnych **6355**, a wszystkich **10467**.

Najmniejsza ilość wszystkich porad 2479 była udzielona w XIII rejonie z ludnością 921 osób, a największa 19298 na V rejonie z ludnością 5806 osób.

Kierowanie do specjalistów. Lekarzy konsultantów-specjalistów Dyrekcja posiadała 12, w tem: okulistów 3-ch — w Radomiu przy Dyrekcji 1, w Warszawie 1 i Sosnowcu 1; otiatra 1 w Warszawie, ginekolog 1 w Lublinie, neuropatolog 1 w Lublinie, syfilidolog 1 w Lublinie; chirurgów 4: w Radomiu 2 i w Lublinie 2; chirurg-urolog 1 Warszawie.

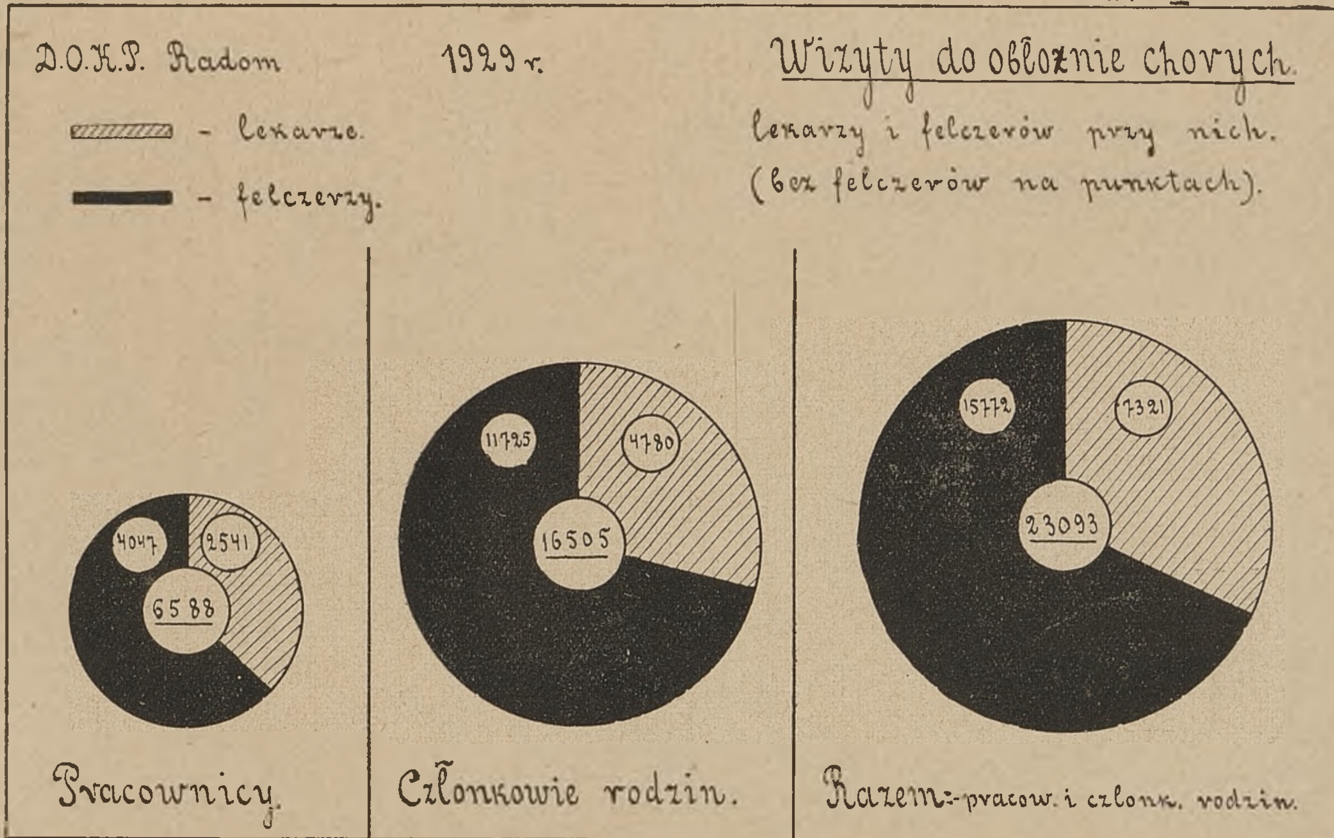
Udzielono przez nich wszystkich porad 6922, w tem pracownikom 3788 i członkom rodzin 3134.

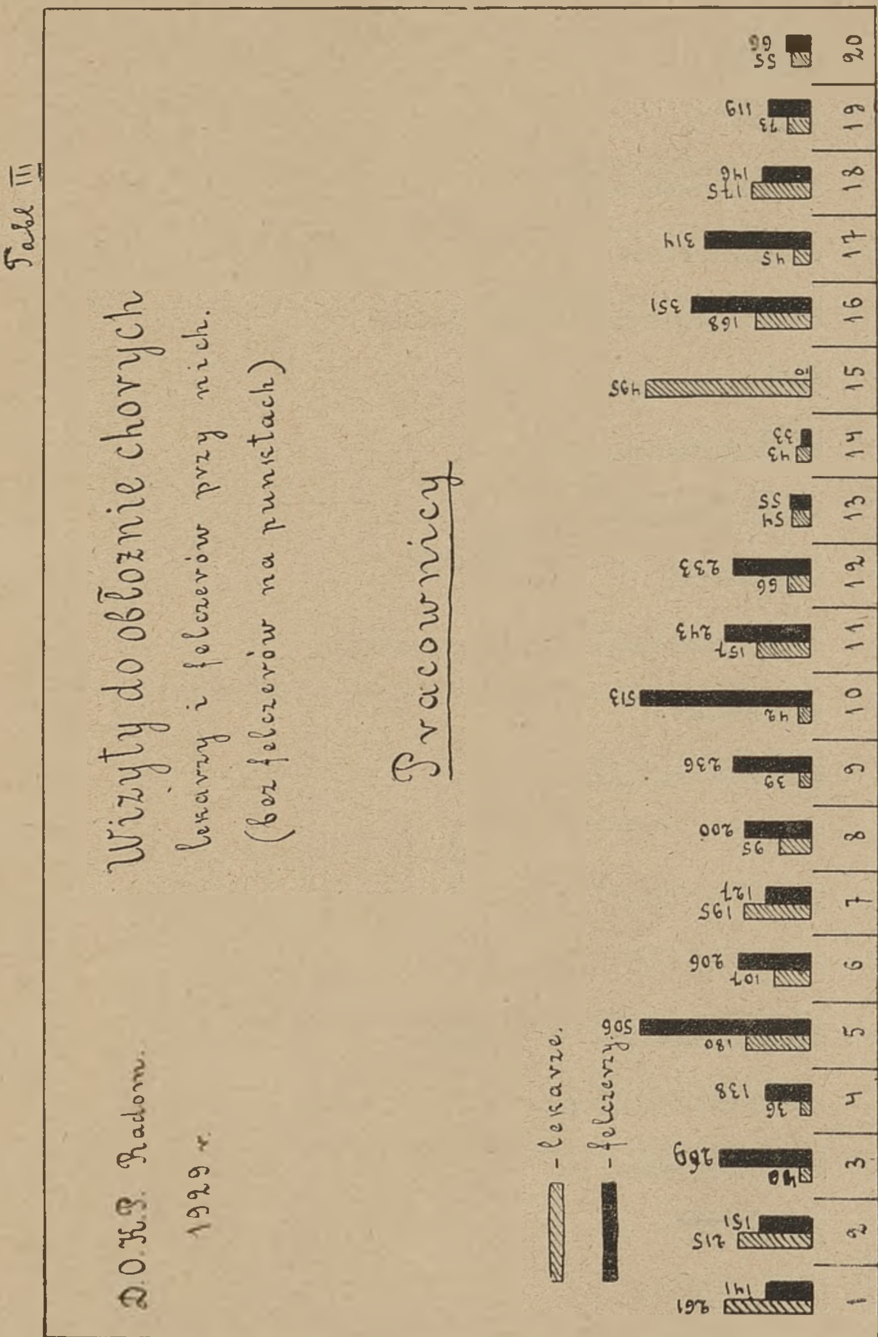
Według specjalności porady były udzielone:

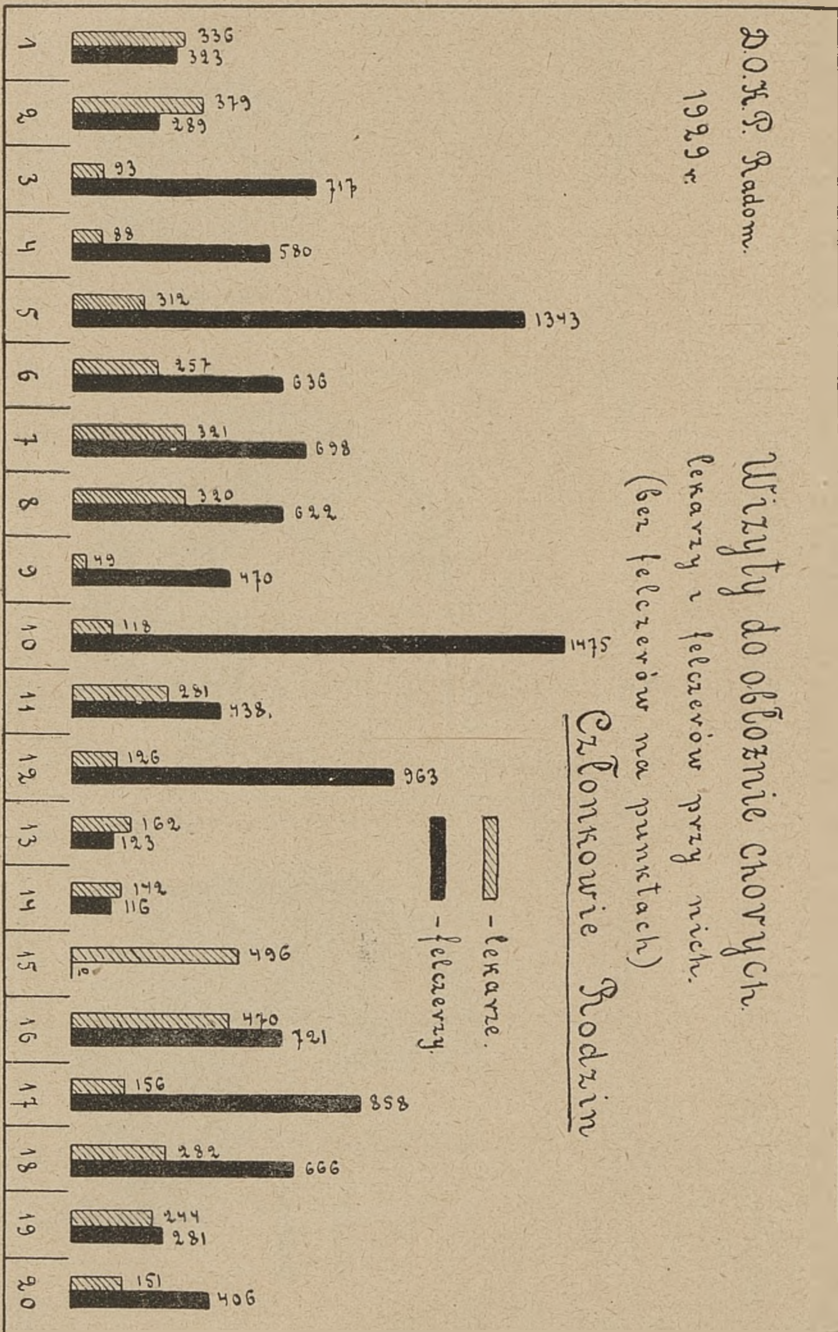
przez	okulistów —	pracownikom	2232,	członkom	rodzin	1619
„	otiatrę	„	474	„	„	461
„	ginekologa	„	—	„	„	312
„	neuropatolog.	„	182	„	„	160
„	syfilidologa	„	571	„	„	269
„	chirurgów	„	245	„	„	238
„	chir. urologa	„	84	„	„	75
	Razem	„	3788	„	„	3134

Zapomogi lecznicze. Z zapomóg klimatycznych korzystało 136 osób, w tem 67 pracowników i 69 członków rodzin, wymagających kuracji w miejscowościach i uzdrowiskach górskich, zwłaszcza w Zakopanem i Szczawnicy.

Tabl. II


D.O.K.P. Radom
1929 r.
Wizyty do obłożnie chorych
lekarzy i felczerów przy nich.
(bez felczerów na punktach).
- lekarze.
- felczerzy.
4047
2541
6588
Pracownicy.
11725
4780
16505
Członkowie rodzin.
15772
7321
23093
Razem:- pracow. i członk. rodzin.


Table III
Wizyty do obłożnie chorych
lekarzy i felczerów przy nich.
(bez felczerów na punktach)
Pracownicy
D.O.K.S. Radom.
1929 r.
- lekarze.
- felczerzy.
261 141
215 151
40 289
36 138
180 506
107 206
195 127
95 200
39 236
42 513
157 243
66 233
54 55
43 33
0 495
168 351
45 314
175 146
73 119
55 66
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20


D.O.K.P. Radom.
1929 r.
Wizyty do obłożnie chorych
lekarzy i felczerów przy nich.
(bez felczerów na punktach)
Członkowie Rodzin
- lekarze.
- felczerzy.
1 336 323
2 379 289
3 93 717
4 88 580
5 312 1343
6 257 636
7 321 698
8 320 622
9 49 470
10 118 1475
11 281 438.
12 126 963
13 162 123
14 142 116
15 496 10
16 470 721
17 156 858
18 282 666
19 244 281
20 151 406

Tabl IV

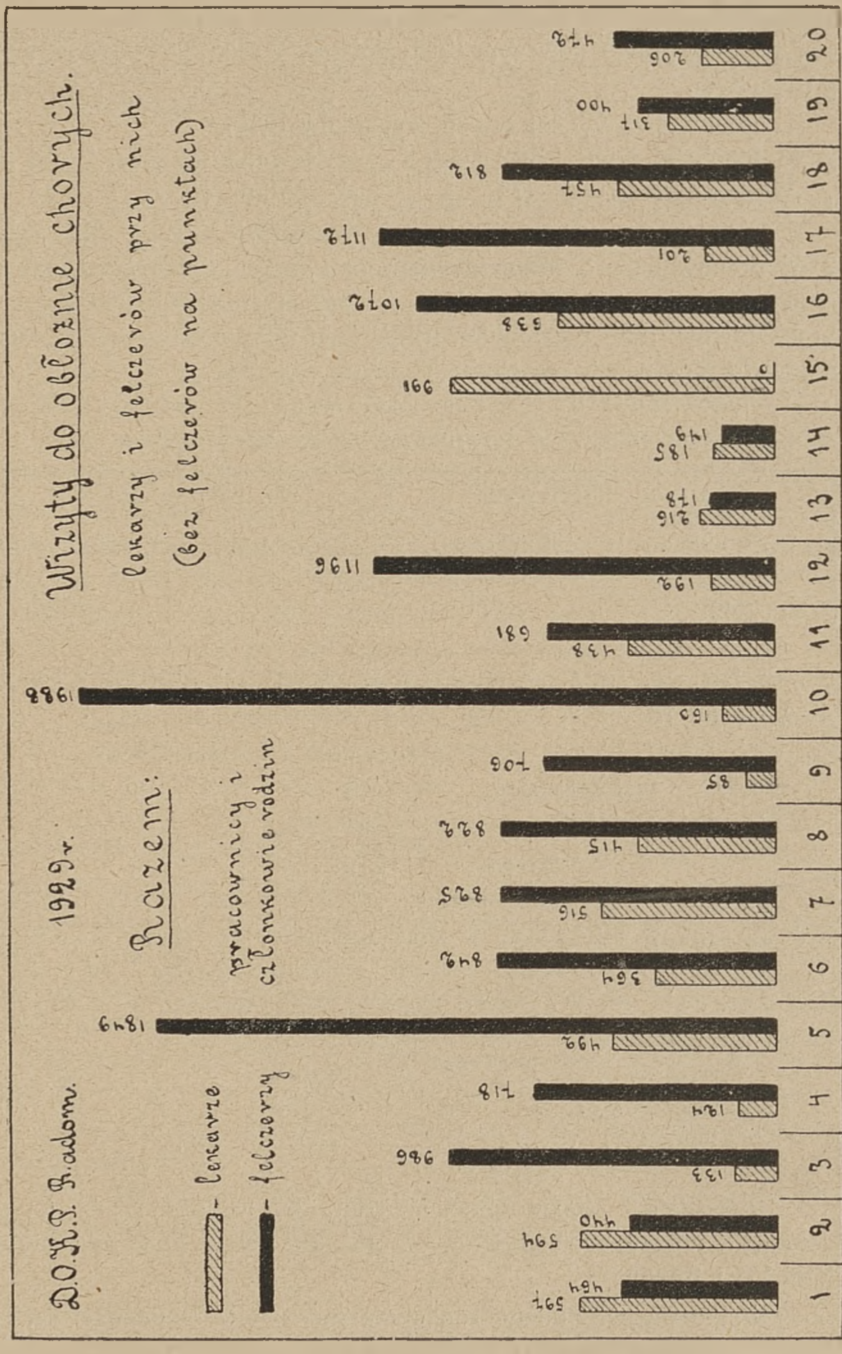


Table V
Wizyty do obłożnie chorych.
lekarzy i felczerów przy nich
(Bez felczerów na punktach)
D.O.K.S. Radom.
1929 r.
Razem:
pracownicy i członkowie rodzin
- lekarze
- felczerzy
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
597 464
594 440
133 986
124 718
492 1849
364 842
516 825
415 822
85 706
150 1988
438 681
192 1196
216 178
185 149
991 0
533 1072
201 1172
457 812
317 400
205 478

Pomoc doraźna. Poza personelem kolejowym, uprawnionym do korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej, udzielono pomocy doraźnej w roku sprawozdawczym 1048 osobom, w tem 509 podróżnym i 539 postronnym.

Stosunkowo więcej takich wypadków było:
w Kielcach 94 podr. i 142 postr. — w Równem 60 podr. i 133 postr.
„ Skarżys. 81 „ 72 „ w Dęblinie 43 „ 24 „

Pomoc dentystyczna. Lekarzy dentystów w roku 1929 było 11. 2102 pracowników i 381 członków rodzin, razem 5953 osoby korzystało z ich pomocy; wszystkich zaś wizyt u dentystów było 22608, w tem pracowników 7856 i członków rodzin 14752, co przeciętnie wynosi 4 (ściśle 3,8) wizyty na osobę.

Pomoc szpitalna. Ogółem skierowano do szpitali 2258 osób w tem pracowników 934 i członków 1324, poszczególnie zaś:

do szpitali kolejowych		do szpitali obcych	
pracownik.	człon rodz.	pracownik.	człon. rodz.
342	324	592	1000

Własne szpitale ma Dyrekcja w Skarżysku na 30 łóżek i w Zdołbunowie na 18 łóżek; do nich było skierowane:

	pracownik.	członk. rodz.
w Skarżysku	106	125
„ Zdołbunowie	113	87
Razem	219	212

Reszta — 123 pracowników i 112 członków rodzin skierowani byli do szpitali kolejowych w Warszawie, Wilnie i Brześciu n/Bugiem.

Zabiegi pomocnicze. Badania bakterjologiczne-chemiczne wykonywane były przez umówionych lekarzy prywatnych w Radomiu, Lublinie i Kowlu. Analiz takich wykonano 529, w tem:

krwi	17	kału	35
treści żołąd. . .	35	uryny	407
plwocin	13	wydziel. ropn. . .	20
nalotów	2		

Roentgen — (poza własnym aparatem w Lublinie) — Dyrekcja posiadała umówionych prywatnych specjalistów w Radomiu, Kielcach, Lublinie i Kowlu.

Wykonano wszelkiego rodzaju prześwietleń rozpoznawczych 246, zdjęć fotograficznych 121 i naświetlań leczniczych 132.

Lamp kwarcowych własnych posiadała Dyrekcja 6, dokonano niemi naświetlań: w Radomiu — 1094, w Lublinie – 488, w Kowlu 4395, w Skarżysku — 1910, w Chełmie (czynna od września) — 318 i w Strzemieszycach (czynna od maja) — 341, razem — 8546 naświetlań.

Zwolnienia od pracy. Ścisłe dane o zwolnionych od pracy z powodu choroby dotyczą tylko tych pracowników, którzy byli zwolnieni bezpośrednio przez lekarzy lub skierowani przez nich do szpitali.

Zwolnionych pracowników było — 18964*

Ogólna ilość dni zwolnień wynosiła — 104141, czyli przeciętnie na jednego pracownika wypadło 5,5 dni zwolnień.

Licząc rok za 300 dni roboczych, wypada, że codziennie zwalniano 63,5 osób.

16156 pracowników, licząc na każdego po 300 dni, dają w sumie 4846800 dni roboczych. Ilość więc dni zwolnień od pracy — 104141 — stosunku do tej ogólnej liczby wynosi 2,1°/₀.

Stosunek ilościowy pracowników, pierwszych porad i zwolnionych na każdym poszczególnym rejonie uwidoczniony jest na tablicy VI-ej. Jako uzupełnienie podanych wyżej zestawień liczbowych służą tablice VII i VIII, obrazujące podział ogólny i poszczególny „Pierwszych porad", czyli oświetlające, jakie choroby i w jakim stosunku liczbowym trapią brać kolejową.

Nie rozpatrując kwestji poszczególnych chorób, chcę tylko poświęcić słów kilka chorobom zakaźnym.

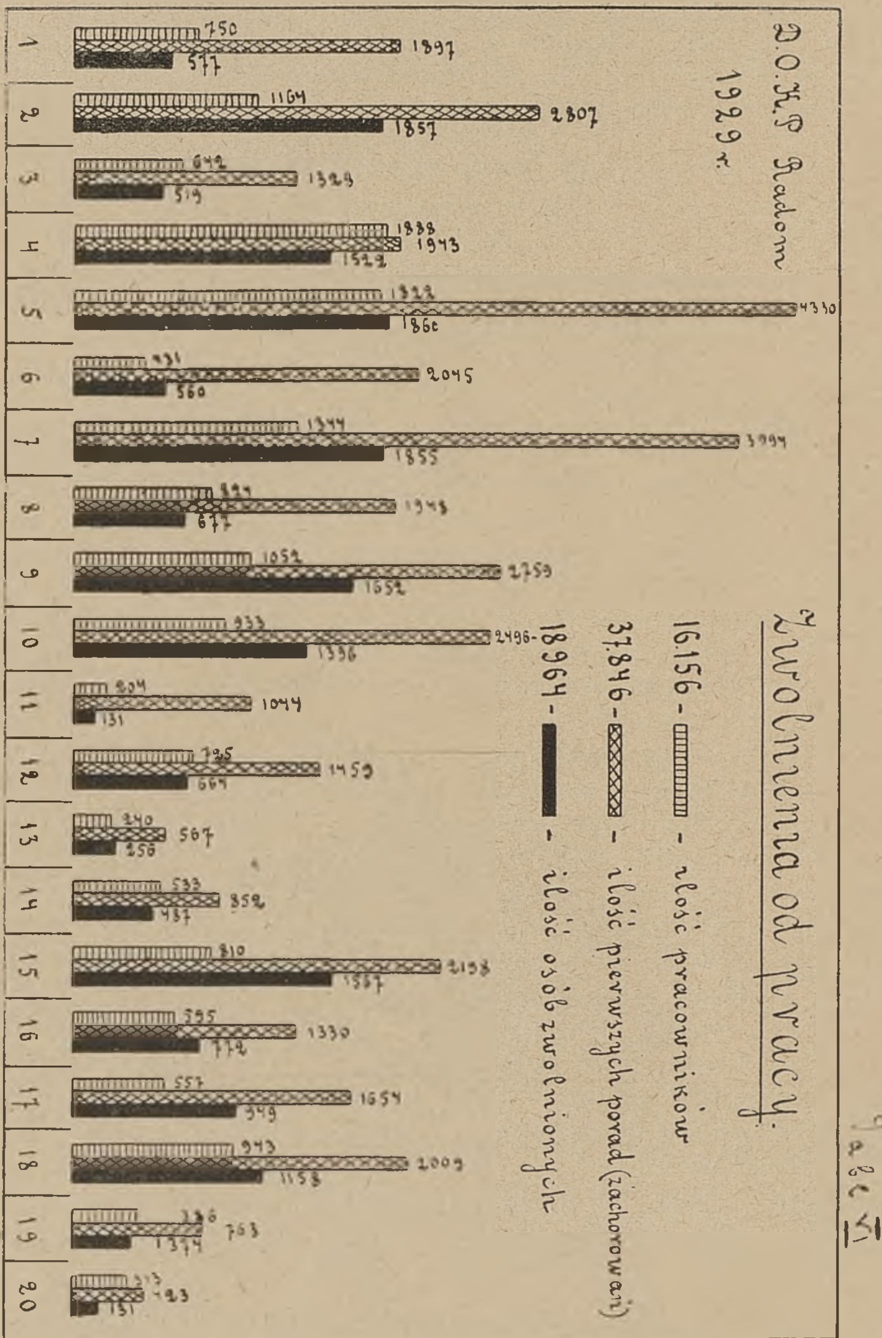
Dyrekcja Radomska ze względu na swe położenie geograficzne a tem samem stojąc stale w obliczu niebezpieczeństwa zawleczenia chorób zakaźnych od wschodu, pozostawiła nadal system miesięcznych sprawozdań sporządzanych przez lekarzy rejonowych dla tego rodzaju zachorzeń, które zbyt często przybierają cechy epidemji; a więc podlegały nadal specjalnej rejestracji: dur brzuszny, plamisty i powrotny, błonica, płonica i ospa naturalna.

Przytoczone poniżej liczby statystyczne mogą służyć jako przyczynek do oświetlenia ogólnego stanu zachorowań na choroby zakaźne w poszczególnych rejonach w zależności od skupienia pracowników i miejscowości.

Celem łatwiejszej orjentacji liczby ujęte są w tablice, a dla porównania podane analogiczne liczby z 1928 roku.

---

*) Wielokrotne nowe zachorzenia tegoż pracownika liczono jako nowozwolnione jednostki; tem się tłomaczy liczba zwolnionych większa od liczby rzeczywistej pracowników.


D.O.K.P Radom
1929 r.
Zwolnienia od pracy.
16.156 - ilość pracowników
37.846 - ilość pierwszych porad (zachorowań)
18.964 - ilość osób zwolnionych
Tabl. VI

I. — *Ogólna ilość chorób i zmarłych.*

	Dur brz.		Dur plam.		Dyfterja		Szkarlat.	
	chor.	zm.	chor.	zm.	chor.	zm.	chor.	zm.
1928 r.	8/28	0/1	0/2	—	3/73	0/2	1/206	0/6
1929 r.	17/52	3/1	1/0	—	2/87	0/1	0/67	0/1

Uwaga: w liczniku podani pracownicy, w mianowniku — członkowie rodzin.

II. — *Stosunek procentowy zmarłych do chorych.*

rok	Dur brz.	Dur plam.	Dyfterja	Szkarlat.
1928	2,80%	0%	2,36%	2,90%
1929	5,70%	0%	1,12%	1,50%

N. B. Zachorowań na dur powrotny i na ospę naturalną w roku 1928-9 nie było.

III. — *Stosunek %-wy do ogólnej ilości zakaźnych.*

Ogólna ilość zakaźnych zarejestrowana była:

w roku 1928 — 6134,
w roku 1929 — 7090.

rok	Dur brzuszny		Dur plamisty	
1928	36	0,58%	2	0,03%
1929	72	1,02%	1	0.01%

rok	Dyfterja		Szkarlatyna	
1928	76	1,22%	207	3,21%
1929	89	1,25%	67	0,95%

Przeważnie zostały dotknięte większe osiedla.

IV. — *Zarejestrowano w poszczególnych rejonach.*

Rejony	Dur brz.		Dyfter.		Szkarlat.	
	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.
Radom	1	12	6	9	26	9
Strzemieszyce . . .	—	1	8	9	3	7
Kelce	3	7	5	6	24	19
Skarżysko	1	19	9	4	17	—
Dęblin	6	9	—	9	—	3
Lubin	15	12	12	23	34	6
Kraśnik	3	4	—	2	13	5
Chełm	—	1	20	5	35	4
Zwierzyniec	—	—	2	2	1	—
Włodzimierz . . .	1	1	—	2	10	5
Kowel	—	2	11	6	23	2
Równe	5	—	3	8	13	6
Sarny	1	1	—	4	8	1
Razem . . .	36	69	76	89	207	67

Dur wysypkowy — 2 wypadki w 1928 r. i 1 wypadek w 1929 r. zarejestrowano w rejonie chełmskim.

Większość chorych przypadła na wschodnią część Dyrekcji, mniejsza zaś na zachodnią, a mianowicie, jak to widać z poniższej tablicy:

Wschód: Strzemieszyce — Dęblin wyłącznie,
Zachód: Dęblin: — Sarny (Równe).

	Dur brz.		Dur plam.		Dyfterja		Szkarlat.		Razem	
	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.	28 r.	29 r.
Wsch.	5	39	—	—	28	28	70	35	103	102
Zach.	31	39	2	1	48	61	137	32	218	124
Razem	36	69	2	1	76	89	207	67	321	226

Tak się przedstawiały ilościowo w świetle liczb powyżej wymienione choroby na terenie DOKP Radom w latach 1928 — 29.

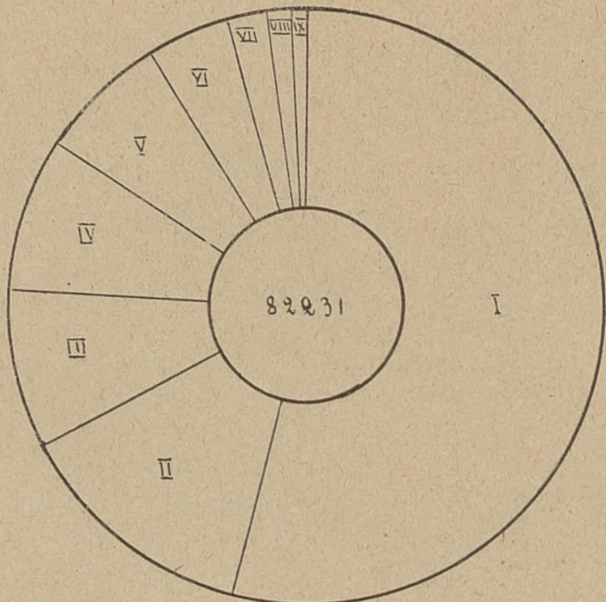
Reasumując wszystko, co wyżej przytoczyłem, należałoby wyciągnąć z tego pewne wnioski logiczne. Pozostawiam to czytelnikowi, którego zainteresuje ta moja skromna praca statystyczna. Od siebie tylko dodam, że:

Tabl VII

D.O.K.P. Radom.

1929 r.

Pierwsze porady - podział ogólny.



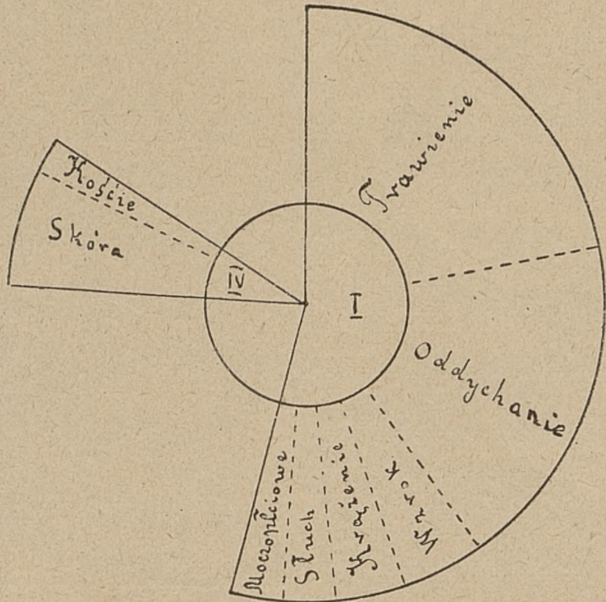
Grupy chorób:	Nr° w/g druku 3-35	Ilość	%
I - Choroby narządów	8-13	44449	54,0
II - Ogólne niezakaźne, wady rozwoju i nieokreślone	5, 6, 17÷19	11243	13,7
III - Zakaźne ostre	1	7090	8,7
IV - Kości i skóra	15÷16	6864	8,3
V - Urazowe	17	5657	6,9
VI - Nerwowe	7	3616	4,4
VII - Ciąża i połóg	14	1631	2,0
VIII - Gruźlica	2	1063	1,3
IX - Weneryczne	3÷4	618	0,7
Razem	—	82231	100,0

Tabl. VIII

D.O.K.P. Radom

1929 r.

Pierwsze porady - podział poszczególny.



Choroby		ilość poszcz.	ilość raz.	% poszcz.	% raz.
I	Trawienie	17956		21,8	
	Oddychanie	15100		18,4	
	Wzrok	3617		4,4	
	Krążenie	3173		3,8	
	Słuch	2283		2,8	
	Moczopłciowe	2320	44449	2,8	54,0
IV	Skóra	5285		6,4	
	Kości	1579	6864	1,9	8,3

Kto należycie ocenia znaczenie statystyki sanitarnej wogóle, zwłaszcza w kolejnictwie, kto umie czytać z diagramatów i wykresów, ten zapoznając się z tablicami załączonemi do niniejszego artykułu, sam odnajdzie strony dodatnie jak również i ujemne w pracy lekarskiej tutejszej Dyrekcji. Tablice te, przynajmniej niektóre, budzą zrozumiałe refleksje, które nazwałbym smutnemi. Tuszę jednak, że mogą być poniekąd drogowskazem do usunięcia . . . ujemnych stron w pracy lekarza rejonowego.

Przyczynek do kazuistyki powstawania złośliwych zmian nowotworowych na tle oparzenia promieniami Roentgena.

podał

Dr. EDMUND BOCZKOWSKI

Przypadek powyższy ogłosiłem wraz z pokazem chorego na zjednoczonem posiedzeniu lekarskiem Towarzystwa Wiedzy Wojskowej i Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w r. 1924.

Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ należy do rzadkich powikłań poroentgenowskich oparzeń skóry w postaci typowych zmian cechujących raki skórne oraz dających przerzuty. Pozatem może on również przyczynić się do posunięcia naprzód badań nad mechano-chemiczną teorją powstawania nowotworów złośliwych.

Oddawna stwierdzono, że u osób narażonych na miejscowe działania energji mechanicznej, chemicznej, świetlnej, cieplnej — powstaje pewna destrukcja tkanek w miejscu zadziałania czynnika energetycznego, a następnie niejednokrotnie i głębsze zmiany cechujące się nowotworowem bujaniem tkanek.

Jako przykłady tego rodzaju bujania tkanek można przytoczyć zmiany rakowate skórne w obrębie podudzi u maszynistów, raki języka i wargi dolnej u palących fajkę, raki odźwiernika żołądka i inne rodzaje zmian rakowatych, kto wie, czy nie tworzących się w następstwie dłuższego podrażnienia okolic posiadających warunki locus minoris resistentiae. Raki gruczołowe niejednokrotnie mogą być lokalnym przerzutem zmian głębszych danej okolicy.

Jakkolwiek kankroidy rzadko szerzą się drogą przerzutów, w powyższym wypadku typowe zmiany rakowate nie zatrzymały się w sąsied-

nich gruczołach chłonnych, lecz zajęły daleko położone naczynia i gruczoły chłonne, a wreszcie nawet stwierdzono przerzut do skóry. Zmianom nowotworowym uległy gruczoły chłonne podpachwinowe, pozaotrzewnowe, a także dolne kręgi piersiowe i górne lędźwiowe zostały wyżarte przez rozpadający się guz nowotworowy znajdujący się w sąsiedztwie. Oczywiście nastąpiło zejście śmiertelne wskutek ogólnego wycieńczenia nowotworowego.

Długoletnie spostrzeżenia wykazały statystycznie, iż do wytworzenia się narośli rakowatej niejednokrotnie usposobiają miejscowe podrażnienia trwające przez dłuższy czas pod postacią energji chemicznej, cieplnej, świetlnej, mechanicznej i to często u osób mających zawodowo styczność ze smołą, parafiną i t. d. oraz u osób cierpiących na przewlekłe owrzodzenia niejednokrotnie ku temuż ropiejące.

Wśród wielu teorji powstawania raków teorja mechaniczna podkreślająca znaczenie czynnika drażniącego przy tworzeniu się nowotworów rakowatych może, według mego przekonania, mieć również pewne znaczenie dla wytłumaczenia powstawania owrzodzeń oraz w następstwie niejednokrotnie zmian rakowatych na tle oparzeń, jak w naszym wypadku, skóry nadmierną ilością energji chemicznej zawartej w promieniach roentgenowskich (*niedostatecznie przefiltrowanych*).

Szereg spostrzeżeń wykazał, że tego rodzaju oparzenia poroentgenowskie w wielu wypadkach niezwykle trudno się goją i posiadają skłonność do przeistoczenia się w nowotwory, i to jak w naszym wypadku bardzo złośliwe.

Dlatego Szenasy (Budapeszt) zaleca zupełnie celowo wycinanie owrzodzeń spowodowanych przez poroentgenowską martwicę tkanek i to nawet oparzonej okolicy jeszcze przed powstaniem owrzodzenia, gdyż przy daleko posuniętych owrzodzeniach wynik zabiegu operacyjnego jest ściśle związany z możliwością wykonania plastyki skórnej.

W niniejszym wypadku owrzodzenia poroentgenowskiego nastąpiły zmiany patologiczne dające obraz kliniczny oraz anatomopatologiczny typowego rakowca, który następnie zajął gruczoły chłonne pachwinowe i pozaotrzewnowe, przeniknął drogami chłonnemi do trzonów kręgowych, dał przerzuty do skóry i przyczynił się ostatecznie do zejścia śmiertelnego wskutek ogólnego wycieńczenia na tle ogólnych zmian rakowatych ustroju.

Gdyby można było ten opisany przypadek wcześniej przejąć z mniej posuniętemi zmianami zwyrodnienia rakowatego, można było według mego przekonania z dodatnim wynikiem usunąć operacyjnie zmienioną warstwę skórno-podskórną oraz zastąpić ją drogą plastycz-

ną przez pokrycie lub warstwą sąsiednią lub drogą transplantacji według Thierscha.

Poniżej podaję przebieg tego cierpienia oraz jego leczenie i wyniki autopsji.

Chory F. K. (ur. 16.9-1875 r.) został 14.2-1924 r. przyjęty do Szpitala Chirurgiczno-ortopedycznego przy Zakładzie Leczniczo-Szkolnym dla Inwalidów Wojennych w Poznaniu z powodu niewygojonego owrzodzenia w okolicy lędźwiowej spowodowanego oparzeniem promieniami roentgenowskiemi.

Z anamnezy wynika, że pacjent w 1915 roku w wojskowym szpitalu w Oschersleben (nad Bode) po kilkakrotnem prześwietlaniu za pomocą aparatu Roentgenowskiego w celach rozpoznawczych uległ oparzeniu w okolicy lędźwiowej. Podany wywiad lekarski potwierdza karta szpitalna z armji niemieckiej z 10.XII-1916 r. L. dz. 1702 ze Szpitala Zapasowego w Oschersleben a/Bode.

Mniejwięcej po upływie tygodnia po kilkakrotnem prześwietlaniu pacjenta promieniami Roentgena wystąpiły w okolicy lędźwiowej zmiany martwicowe skóry w postaci RUMIENIA PROMIENIUJACEGO GWIAŹDZISTO KU BOKOM. Po pewnym czasie W MIEJSCU RUMIENIA wytworzyły się PĘCHERZE, które wreszcie zlały się ze sobą i powstało w ten sposób OWRZODZENIE wskutek martwicy tkanek, trudno gojące się, wielkości *niemieckiej pięciomarkówki*, stwierdzone w 1917 roku przy wypisaniu chorego z wyżej wspomnianego szpitala w Oschersleben.

Po przybyciu pacjenta do formacji macierzystej leczono go wszelkiemi sposobami w przychodni, a następnie ponownie przekazano do Szpitala Wojskowego w Kołobrzegu 1917 roku, gdzie po przyjęciu stwierdzono owrzodzenie lędźwiowe wielkości *16x26* cm.

Owrzodzenie leczono aż do roku 1920-go w różnych szpitalach konserwatywnie, gdyż wstrzymywano się od zabiegu operacyjnego.

W roku 1920-ym pacjent wstąpił do Wojska Polskiego i leczył się potajemnie własnemi środkami aż do następnego roku, kiedy został z wojska zwolniony w charakterze inwalidy. Rana przez cały czas stale ropiała, aż do przyjęcia inwalidy do szpitala chirurgiczno-ortopedycznego w dniu 14.II-1924 roku.

Badanie objektywne wykazało ogólne zmiany w sercu i naczyniach krwionośnych na tle miażdżycy przy miernej rozedmie płuc i przewlekłym nieżycie oskrzeli oraz objawy wskazujące na ogólne osłabienie i poważniejszy stan wyczerpania nerwowego.

Badanie miejscowe wykazało owrzodzenie w okolicy lędźwiowej w miejscu skrzyżowania tylnej górnej linji międzykolcowej z linją wy-

rostków kolczystych kręgosłupa o rozmiarach 16x18x20 cm. (bez uwzględnienia otaczającej owrzodzenie wygojonej tkanki bliznowatej). Szerokość pasa otaczającej owrzodzenie warstwy prowizorycznie zabliźnionej tkanki skórnej wynosiła miejscami od czterech do siedmiu cm.

Owrzodzenie, którego większa część znajdowała się w lewej okolicy lędźwiowej, było nierównomiernie pokryte przez nieprawidłową ziarninę *przy lekkim dotyku silnie krwawiącą.*

Powierzchnia owrzodzenia była pokryta na całej przestrzeni cuchnącą wydzieliną ropną o barwie szarożółtej. Miejscami zaznaczały się na powierzchni owrzodzenia asymetrycznie rozrzucone części martwiczo zmienionych tkanek o czarnem zabarwieniu. Ropnognilne wydzieliny nie pokrywały tych martwiczo zmienionych tkanek. Brzegi owrzodzenia wznosiły się ponad poziom otaczających powłok skórnych. Samo owrzodzenie nieprzesuwalne wskutek głębszych zmian naciskowo-zapalnych o charakterze zmian przewlekłych umiejscowionych w obrębie mięśni lędźwiowo-grzbietowych oraz głębokich mięśni kręgosłupa.

Powierzchowne gruczoły chłonne ciała w różnych okolicach były przytem bardzo nieznacznie powiększone. Ciepłota ciała nosiła charakter podgorączkowej.

Celem oczyszczenia owrzodzenia dla dokładnego zbadania możliwości zastosowania odpowiedniego zabiegu operacyjnego zarządzono okład leczniczy z rozczynu Dakina, ogólne środki wzmacniające i pobudzające przemianę materji i usilne odżywianie.

W początku marca owrzodzenie stopniowo uległo oczyszczeniu; pozostawały jednakże oznaki ogólnej niedomogi w postaci apatji, dreszczy, braku apetytu, stanu podgorączkowego i t. p.

Wkrótce można było zauważyć w lewej okolicy pachwinowej oraz przylegającej biodrowo-udowej tejże strony tułowia umiejscowiony stan zapalny (ciemno-czerwone zabarwienie skóry, powiększenie gruczołów chłonnych okolicy podpachwinowej wraz z wybitnie zaznaczającem się nacieczeniem tkanki przygruczołowej, który to objaw obserwowałem w Turcji).

Po upływie kilku dni (7 dni) w okolicy powyższej wyraźnie zaznaczyło się chełbotanie, i nakłucie powtórnie wykonane w celach rozpoznawczych wykazało obecność gęstej oraz cuchnącej wydzieliny ropnej. Następnie w miejscowem znieczuleniu za pomocą zamrażania wykonano nacięcie ściany ropnia i wydobyto około 200 gram. ropy. Badanie dna i ścian jamy ropnej nasunęło myśl, iż w gruczołach chłonnych podpachwinowych istnieje przerzut rakowy, którego rozpad wywołał wtórne ropienie. Leczenie ogólne i miejscowe.

Wspomniany stan rzeczy nasunął przekonanie, iż zabiegu operacyjnego plastycznego celem zamknięcia owrzodzenia już nie da się wykonać.

Owrzodzenie w okolicy lędźwiowej rozpoczęło jakby na zawołanie szybko rozszerzać się w kierunku tkanek zdrowych; również i owrzodzenie w okolicy pachwinowej lewej coraz więcej wgłębiało się oraz naokoło tego zropiałego ogniska zaczęły się tworzyć zatoki i przetoki ropne. Coraz to nowe gruczoły chłonne dołu biodrowo-łonowego ulegały zropieniu, a po każdorazowem przecięciu i nacięciu zropiałych ognisk i zatok oraz przetok ropnych i wypuszczeniu niekiedy znaczniejszej ilości wydzieliny ropnej (niekiedy do 500 k. cm.), tworzyły się nowe ogniska rozpadowe, przyczem tworząca się naokoło nich ziarnina nawet przy lekkim dotyku niezwykle obficie krwawiła, co wymagało specjalnych zabiegów haemostatycznych.

Ponieważ leczenie konserwatywne oraz prowizoryczne chirurgiczne (wyskrobywanie ziarniny, otwieranie ropni, zatok i przetok) nie powstrzymywało postępu procesu chorobowego, powstało przekonanie, że owrzodzenie poroentgenowskie w okolicy lędźwi jest złośliwą sprawą nowotworową, a nowopowstałe owrzodzenie w lewej okolicy biodrowo-podpachwinowej jest jej przerzutem, który się drogą chłonną utworzył.

W dniu 22 maja wykonał w myśl mej prośby p. Dr. T. Bartoszek, wówczas prosektor, badanie patologo-anatomiczne mikroskopowe wyciętych odcinków z obu owrzodzeń z następującym wynikiem opisanym w protokule badania mikroskopowego z dnia 23.V-24 r. L. 119 Zakładu Anatomji Patologicznej U. P.

W preparatach drobnowidzowych stwierdzano *bezładnie* rozrastające się komórki nabłonkowe cechujące się *wybitną wielokształtnością i różnobarwnością*, a miejscami tworzące figury podziału. W wielu miejscach komórki układają się koncentrycznie, a w środkach tych ugrupowań widać produkty *nadmiernego rogowocenia.* Miejscami *pasma opisanych komórek drążą długiemi językami w podłoże.* Naczyń krwionośnych bardzo mało, zachowują przytem charakter naczyń *włosowatych.*

Badanie moczu na cukier i białko oraz krwi na odczyny Bordet-Wassermanna, Nonne-Apelt i Pandy i t. p. dały wyniki ujemne (pracownia Bakt. Chemiczna Szpitala Wojskowego Okręgowego w Poznaniu z dnia 31.V-24 r. — L. Dz. 308 i Zakładu Bakterjologji U. P. L. dz. 1496/24).

Ponieważ wyniki obserwacji, leczenia oraz badań laboratoryjnych przemawiały za złośliwym nowotworem o typie rakowatym, a rany

zaczęły podgajać się oraz stan odżywienia ogólnego poprawił się, zarządzono przewiezienie chorego inwalidy na oddział Szpitala Wojskowego Okręgowego Nr. 7 w Poznaniu celem dalszego leczenia symptomatycznego i jednocześnie kombinowanego naświetlania lampą kwarcową i promieniami Roentgena.

Dnia 17.VI-24 r. demonstrowałem chorego na wspólnem posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Wojskowych i Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, a to jako wypadek pouczający oraz jednocześnie *OSTRZEGAJĄCY.*

W połowie czerwca pacjent zaczął skarżyć się na bóle neuralgiczne w okolicy lędźwiowej, a też i piersiowej kręgosłupa. Badanie odruchów kończyn dolnych nie wykazało poważniejszych odchyleń od normy, a odruchów patologicznych nie stwierdziło.

Z początku lipca w prawej okolicy pachwinowej utworzył się, podobnie jak poprzednio w lewej, przerzut nowotworowy, który z biegiem czasu przy objawach ogólnego wycieńczenia otworzył się samorzutnie, przyczem wytworzyła się w tem miejscu *przetoka kałowa*, a obok parę przetok obficie ropiejących. Przetoka kałowa wskutek rozpadu tkanek rozszerzyła się do tego stopnia, że wydzieliny kałowe całkowicie wychodziły przez samoistnie wytworzony sztuczny odbyt pachwinowy i chory wskutek tego przestał oddawać stolec drogą naturalną.

Macierzyste owrzodzenia lędźwiowe oraz przerzutowe pachwinowe z biegiem czasu coraz więcej rozszerzały się tak ku obwodowi jak i wgłąb, a stan ogólnego wycieńczenia przybierał coraz więcej cech postępującego wyniszczenia nowotworowego.

W końcu sierpnia podczas badania okolicy płuc i serca, poza obniżeniem granic płucnych i odgłosem bębenkowym, cechami rozedmy płuc, dało się stwierdzić w okolicy lewych 7 — 9 żeber przytłumienie wypuku przy osłabieniu drżenia głosowego, a też bez obecności szmerów tarcia opłucnej w tem miejscu. Prawdopodobnie zostały stwierdzone w powyższej okolicy nowe ogniska przerzutowe należące do tworzących się przerzutów w jamach tułowia.

Zaordynowano choremu środki nasercowe w postaci zastrzyków, kamforowych, preparatów digitalis (digalen - domięśniowo), kofeiny i t. p.

Ku końcowi objawy ogólnej niedomogi ustroju nasilały się coraz więcej, dołączyła się wzrastająca niedomoga mięśnia sercowego oraz układu oddechowego, nastąpiło porażenie przewodów pokarmowego i moczowego. Dnia 2 września 1924 r. nastąpił stan agonalny wśród objawów niedokrwistości ośrodkowego układu nerwowego,

a w następstwie zejście śmiertelne, przy stałem podtrzymywaniu przez uczennice Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa w Poznaniu czynności układu krwionośnego za pomocą wprowadzania środków nasercowych.

Ponieważ opisany wypadek chorobowy obserwowałem od początku do końca i uważałem go nietylko za ostrzegający przy leczniczem stosowaniu promieni Roentgena, lecz również jako przyczynek naukowy do szczegółowych *badań wpływu promieni Roentgena na powstawanie nowotworów złośliwych*, prosiłem p. dr. T. Bartoszka, który wówczas eksperymentował nad rakiem smolnym i parafinowym u myszy, wywołując doświadczalne nowotwory, o wykonanie dokładnej autopsji naukowej.

Wyciąg z protokułu Sekcyjnego Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu w Poznaiu L. p. 200 z dnia 3.9-24 r. sporządzonego przez Prosektora p. dr. T. Bartoszka, stwierdza co następuje:

Rozpoznanie kliniczne: Cancroid regionis lumbalis, metastases in regiones inguinales dextr. et sinistr., *cachexia neoplasmatica.* Emphysema senile.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Carcinoma cutis regionis lumbalis, metastases in glandulas lymphaticas regionis inguinalis sin. et dextr. et glandulas lymphaticas retroperitoneales regionis lumbalis, in vertebras thorac. 12 et lumb. I, in costam 7 sin., in region. intercostalem 7 sin; tonsillitis chronica fibrosa, degeneratio colloidea glandulae thyreoideae, emphysema senile, oedema lobi inferioris pulmonis dextri, atrophia fusca mus uli cordis, ulcus rotundum ventriculi et duodeni, infiltratio adiposa hepatis, atrophia lienis simplex et *cachexia neoplasmatica.*

Będąc obecnym podczas sekcji, miałem możność naocznie stwierdzić drogę przerzutów nowotworowych, która klinicznie mogła zostać określoną tylko przypuszczalnie.

W okolicy lędźwiowej zwłok zmarłego stwierdza się ubytek wielkości *20 x 19* cm. Dno ubytku stanowią mięśnie pokryte masami rozpadowemi. Owrzodzenie w okolicy lewej pachwinowej *komunikuje się* z przestrzeniami pozaotrzewnowemi. Masy rozpadowe pokrywają zniszczone mięśnie dna ubytku wymiaru *18 x 13* cm.

W linji środkowej ciała guzek z masami rozpadowemi wielkości *2,5 x 2* cm. Guz w mięśniu prostym brzucha wielkości *2,5 x 2,5* cm. Podobne trzy guzki w obrębie brzegów ubytku w lewej okolicy pachwinowej.

Masy rozpadowe w prawej okolicy pachwinowej powiększone

i nieprzesuwalne, gruczoły pachwinowe dosięgają miejscami i niszczą skórę tej okolicy.

W mięśniach lewego 7-go międzyżebrza stwierdza się obecność litego guzka wielkości *1 x 1,5* cm. na przekroju. Lewa opłucna w części żebrowej jest przerośnięta przez guz przerastający z obrębu jamy brzusznej, niszczący przeponę i wrastający do lewego płuca. Dolny płat lewego płuca broczy płynem pienistym.

W żołądku ubytek odźwiernika wielkości *2,5x2,5* cm. o brzegach kraterowatych.

Pozaotrzewnowo stwierdza się guz wymiarów *12x5* cm. zespolony z kręgosłupem w obrębie dolnych kręgów piersiowych i górnych lędźwiowych składający się z mas rozpadowych. Ostatni krąg piersiowy i pierwszy lędźwiowy są wyżarte.

W łączności z 7-em lewem żebrem wyrasta tuż przy kręgosłupie lity guz wielkości *2x3* cm. przerastający opłucną i otaczające mięśnie; inne zmiany patologiczne stwierdzone przy autopsji odpowiadają szczegółowemu rozpoznaniu poprzednio podanemu.

Następnie przeprowadzono również mikroskopowe badanie z wycinków guza macierzystego oraz guzów przerzutowych.

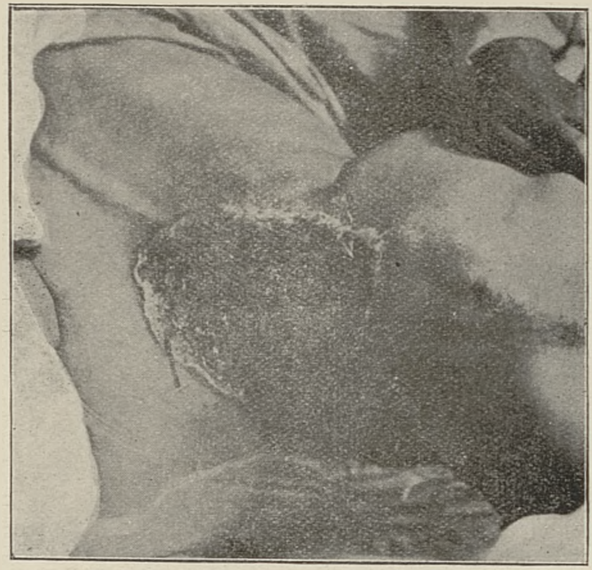
W preparatach drobnowidzowych wycinków z guza macierzystego (rysunki 1, 3, 4) stwierdza się komórki nabłonka płaskiego układające się ogniskami w pasma. Komórki te cechują się różnym kształtem (okrągłe, owalne, wrzecionowate i t. d.). Jądra tych komórek naogół barwią się silnie (hyperchromatosis), lecz w niektórych miejscach zbyt słabo (hypochromatosis). Niekiedy w polu widzenia stwierdza się figury nieprawidłowego podziału.

W wielu miejscach zaznacza się współśrodkowy układ komórek nabłonkowych, przyczem komórki spłaszczają się, bądź wydłużają się. W środku tych tworów stwierdza się masy rogowe. Całość tworzy zatem tak zwane *perły rakowe*. Naogół komórki nabłonkowe układają się bezładnie; stwierdza się wśród nich niewiele naczyń krwionośnych o charakterze naczyń *włosowatych*.

Pomiędzy ogniska i pasma komórek nabłonkowych wrasta delikatnemi pasmami tkanka łączna, barwiąca się sposobem Giesona bladoróżowo; zawiera ona pojedyncze komórki plazmatyczne oraz liczne limfocyty. W częściach obwodowych tkanka łączna znajduje się obficiej i wykazuje *zmiany szkliste*.

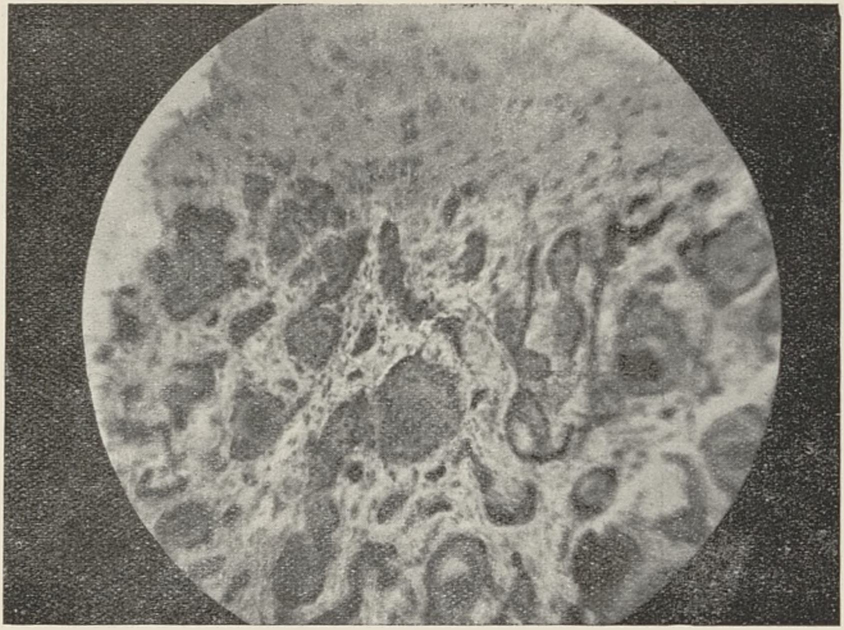
Wycinki z przerzutów do gruczołów chłonnych podpachwinowych i pozaotrzewnowych (rysunki 2, 5, 6,) oraz skóry (rysunki 7, 8) wykazały przy badaniu drobnowidzowem budowę analogiczną do guza macierzystego.

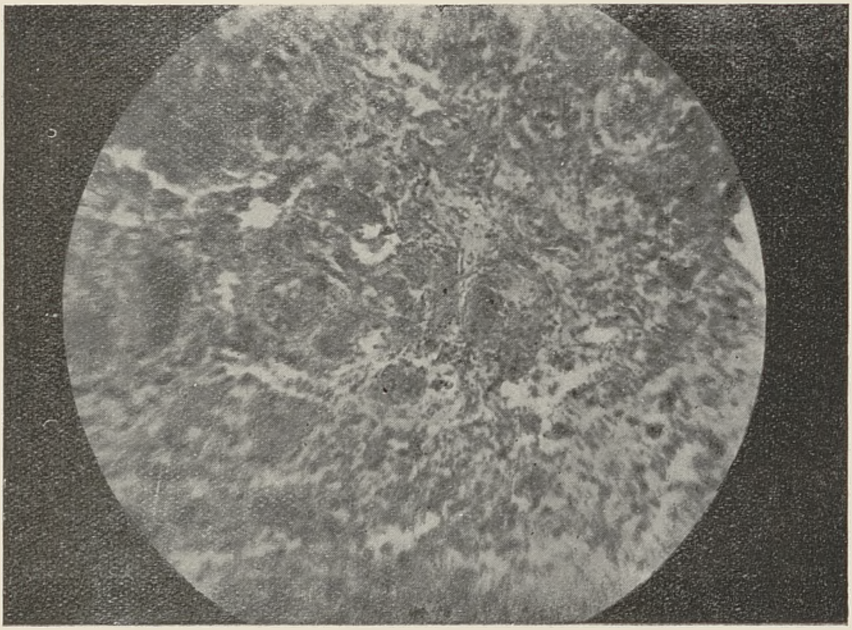
Ilustracje do pracy Dr. E. Boczkowskiego.



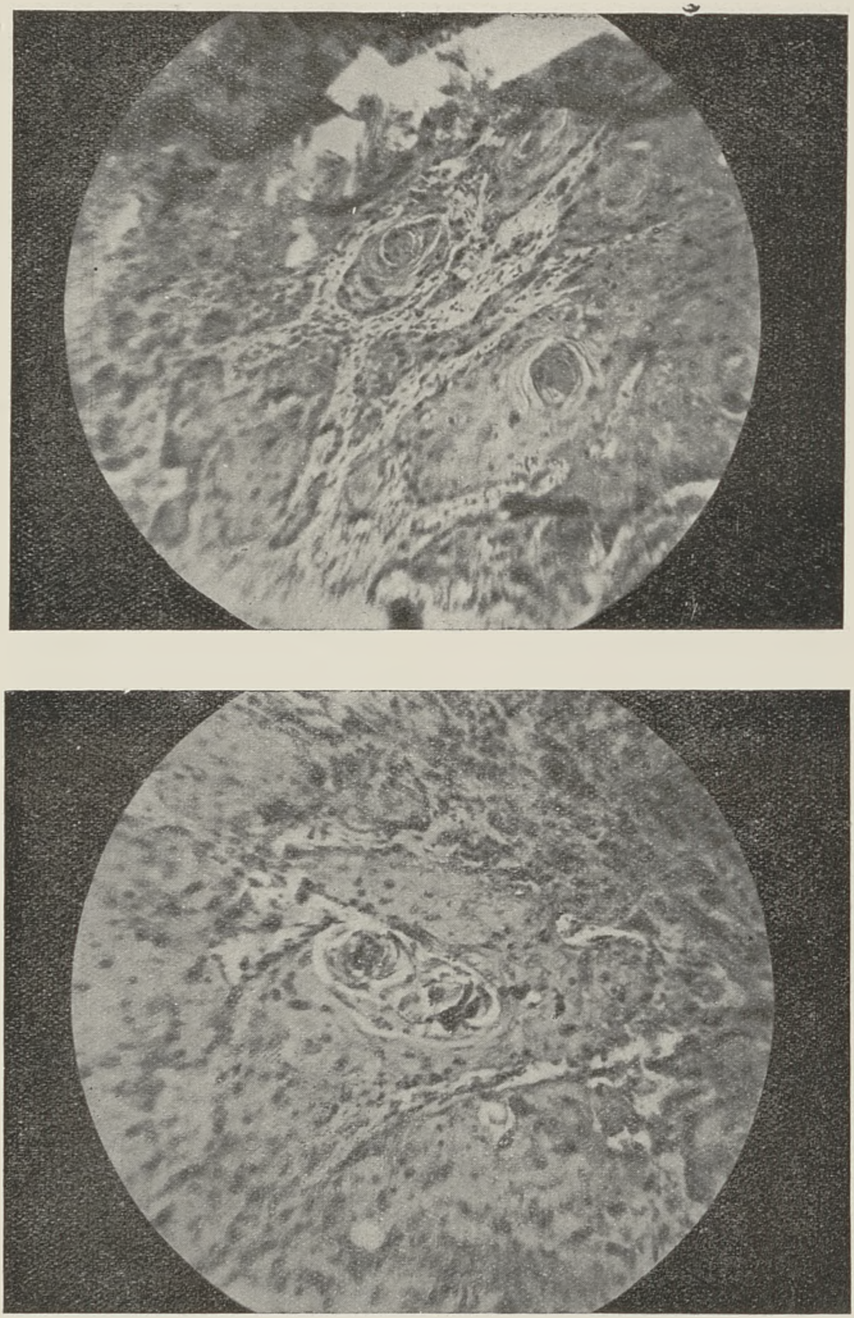


Rys. 1 i 2. Rozległe macierzyste zmiany nowotworowe po oparzeniu powłok skórnych okolicy lędźwi promieniami Roentgena oraz wtórne zmiany przerzutowe w okolicach biodrowo-podpachwinowych i łonowej.





Rys. 3 i 4. Wycinki z tkanek nowotworowo-zmienionych guza macierzystego Zmiany mikroskopowe.



Rys. 7 i 8. Przerzut do skóry.

Badania makroskopowe i mikroskopowe wykazały zatem obecność *cancroidu* czyli raka skórnego, co poprzednio również klinicznie stwierdzono. Wspomniane cierpienie powstało wskutek oparzenia promieniami Roentgena i nie ograniczyło się do miejsca oparzenia, lecz wywołało szereg złośliwych przerzutów na drodze chłonnej i spowodowało złośliwe wycieńczenie nowotworowe z zejściem śmiertelnem w następstwie.

Opisany nowotwór złośliwy utworzył się pierwotnie w okolicy lędźwiowej i posiadał klinicznie oraz patologicznie wszelkie cechy typowe dla rakowca. Pozatem wspomniany nowotwór nie ograniczył się do przeżarcia miejsca oparzenia roentgenowskiego, t. j. powierzchownej listewki powięzi lędźwiowogrzbietowej, oraz do wywołania zmian rozpadowych w mięśniach kręgosłupa głębokich, lecz zajął odnośne gruczoły chłonne, t. j. lędźwiowe, oraz podpachwinowe, skąd szerzył się dalej wzdłuż dróg chłonnych, przyczem powstały nowe ogniska w obrębie gruczołów pozaotrzewnowych, mięśni prostych brzucha, w okolicy lewego 7-go międzyżebrza, w okolicy 12 Th. — I L. trzonów kręgowych i t. d.

Z załączonych zdjęć wynika wielkość oraz drogi szerzenia się owrzodzenia rakowatego oraz drobnowidzowa budowa guza macierzystego i jego przerzutów.

Ponieważ badania naukowe dotyczące powstawania i istoty nowotworów złośliwych szczególnie dotąd jeszcze nie wyświeliły całokształtu tych zagadnień, przeto wspomniane spostrzeżenia podaję jako przyczynek do tych badań.

Wypadek powyższy pozatem również wskazuje, iż przy badaniu lub zabiegach leczniczych z używaniem promieni roentgenowskich należy postępować bardzo ostrożnie celem uniknięcia podobnych ciężkich, groźnych dla życia swoistych obrażeń.

Wreszcie wyrażam niniejszem p. Dr. E. Parczewskiemu i p. Dr. H. Cetkowskiemu z Poznania, p. Dr. T. Bartoszkowi z Warszawy, p. Dr. M. Niedźwieckiemu z Jarocina, p. Absolwentowi U. P. Z. Staszowi — prawdziwie szczere koleżeńskie podziękowanie za Ich cenne wskazówki i pomoc przy pracy nad niniejszym wypadkiem i opracowaniu powyższych spostrzeżeń naukowych.

O metodach badania zmęczenia w zastosowaniu do kolejnictwa

podał

Dr. H. TARGOŃSKI

Badania nad zmęczeniem, absorbujące początkowo umysły teoretyków-specjalistów, dzięki możliwości zastosowania w życiu praktycznem zwróciły na siebie uwagę sfer gospodarczych. Kwestja zmęczenia stała się jednem z doniosłych zagadnień, nad rozwiązaniem którego pracują zarówno psychologowie i fizjologowie, jak i ekonomiści. W różnych państwach powstają specjalne instytuty, powoływane są specjalne komisje, które mają za zadanie badanie istoty zmęczenia, jego przyczyn i skutków oraz dobór odpowiednich metod badania.

Skutki zmęczenia uwydatniają się w wieloraki sposób: po pierwsze jako *zmniejszenie zdolności do pracy*, powtóre *zmniejszenie odporności organizmu* przeciwko wszelkiego rodzaju uszkodzeniom. Podkreśla to Durig w swojej „Teorji zmęczenia". Przytacza on między innemi pracę Telecky'ego, który stwierdził, że u ślusarzy pracujących pilnikami w fabryce ołowiu zatrucie ołowiem ujawniało się przedewszystkiem w paraliżu mięśni palca wielkiego. Narządy najbardziej wyczerpane są miejscami najmniejszego oporu. Tutaj tkwi źródło chorób zawodowych. Wreszcie wpływ zmęczenia uwydatnia się w postaci *skłonności pracowników do ulegania wypadkom*. Muscio na podstawie obfitego materjału statystycznego, zawierającego analizę wypadków w zakładach przemysłowych, dochodzi do wniosku, że około 90$^0/_0$ nieszczęśliwych wypadków spowodowanych było dzięki zmęczeniu pracowników.

Zagadnienie zmęczenia, niezmiernie ważne ze względów ekonomicznych i socjalnych wogóle, jest kwestją pierwszorzędnej wagi dla tak wielkiego zespołu gospodarczego, jakim jest kolejnictwo. Tutaj przytoczone powyżej skutki zmęczenia powodują liczne straty, szczególnie, jeśli idzie o służbę związaną z ruchem, prowadzą do bardzo ciężkich następstw. Dlatego też w badaniu psychotechnicznem dyżur-

nego ruchu oraz maszynisty należało zwrócić większą uwagę na odporność na zmęczenie, co w dotychczasowych badaniach niedostatecznie było uwzględniane.

Czy i o ile jest to możliwe do osiągnięcia, to kwestja zastosowania odpowiedniej metodyki. Dlatego też, celem zorjentowania się, jakie ze stosowanych wydają się najodpowiedniejszemi do badania zmęczenia u dyżurnych ruchu i maszynistów, zrobimy pobieżny przegląd metod.

Wiemy, że na wykonanie jakiejkolwiek pracy składają się bardzo różnorodne czynniki. Ogólnie możemy je określić jako *wewnętrzne* (dane biologiczne organizmu, które kryją w sobie istotę zmęczenia) oraz *zewnętrzne* (całokształt warunków towarzyszących wykonaniu pracy, stanowiących tło, na którem zmęczenie powstaje). O wyniku pracy, wystąpieniu objawów zmęczenia lub nie, decyduje wzajemne oddziaływanie tych czynników w sensie przyśpieszania, bądź hamowania pewnych procesów organicznych.

Rozwój metod badania zmęczenia zmierzał również od początku w dwuch kierunkach. I. *Metody przemysłowe* zapoczątkowane przez Taylora i jego następców, polegające na badaniu wpływu, jaki wywierają różnorodne warunki pracy na jej wydajność. Są to: a) metoda statystyczna (obliczania produkcji w kolejnych jednostkach czasu), b) studja nad ruchem w czasie pracy (zdjęcia kinematograficzne poszczególnych faz pracy), c) metoda cyklochronograficzna, analogiczna do poprzedniej, z tą różnicą, że zdjęć dokonywa się zwykłym aparatem fotograficznym, przyczem na poszczególnych częściach ciała rozmieszczone są lampki elektryczne. Gdy stosujemy ostatnie dwie metody, zmęczenie ujawnia się w postaci odchyleń od ruchów normalnych.

II. *Metody biologiczne.* Najważniejsze z pośród nich — fizjologiczne i psychologiczne, polegające na uchwyceniu zmian w charakterze oraz intensywności poszczególnych funkcyj organizmu w czasie pracy.

U podstawy wszystkich metod spoczywa założenie, że zmiany te, uważane za symptomy zmęczenia, odbywają się równolegle do tego ostatniego i występują z pewną regularnością. Gdybyśmy zdołali dokładnie ustalić stopień tej zależności, znaczyłoby to sprowadzić zmęczenie do szeregu elementów wymierzalnych. Ponieważ nie posunęliśmy się jeszcze tak daleko, przeto symptomy zmęczenia uważać możemy tylko za wskaźniki o dużem nieraz prawdopodobieństwie, a nie za miarę zmęczenia.

Dla naszych celów byłoby to narazie zupełnie wystarczające; chodzi bowiem o klasyfikację dyżurnych ruchu ewentualnie i maszynistów przynajmniej na trzy kategorje ze względu na tempo pracy.

Dyżurny ruchu na dużej stacji i małej to wielka różnica; podczas kiedy w pierwszym przypadku musi niaraz reagować na 150 podniet na godzinę, w drugim zaledwie na kilka lub kilkanaście.

Podobnie, aczkolwiek w mniejszym stopniu, ma się sprawa z pracą maszynisty w zależności od rodzaju pociągu, lokomotywy i t. p. Metody przemysłowe znajdują zastosowanie tam, gdzie mamy do czynienia z pracą dynamiczną, bądź też z ilością wytworzonych produktów, a więc, jeśli idzie o kolejnictwo, w takich działach jak: warsztaty, biura, ekspedycja. Natomiast niemożliwe są do zastosowania do zawodów typowo kolejowych jak: służba ruchu, obsługa parowozu Tutaj bowiem efektywny skutek pracy nie da się wyrazić w postaci ilości wytworzonych produktów; mamy do czynienia z pracą statyczną przeplataną pracą dynamiczną.

Ciekawem jest, że w kolejnictwie niemieckiem nie prowadzi się badań nad zmęczeniem pracowników, lecz dąży się do usuwania zmęczenia drogą polepszenia warunków pracy (stosuje się metody przemysłowe). Natomiast w kolejnictwie sowieckiem bada się odporność na zmęczenie maszynistów (dynamograf, przyrząd do badania uwagi Piorkowskiego). Ostatnio czynione są próby zastosowania innych testów do dyż. ruchu. Na taki stan rzeczy składa się wiele czynników, wśród których charakterystycznym jest fakt, że psychotechnicy sowieccy to w olbrzymiej większości lekarze, natomiast psychotechnicy w kolejnictwie niemieckiem — to inżynierowie i ekonomiści. Możemy powiedzieć, że droga racjonalizacji prowadzi szybciej do osiągnięcia praktycznych wyników. Teoretycznie oraz ze względów socjalnych słuszniejsze jest stanowisko psychotechników sowieckich.

Symptomatologja zmęczenia jest bardzo różna w zależności od tego, jak daleko dany rodzaj pracy odbiega od danych psychofizjologicznych organizmu ludzkiego. Odbija się to bardzo jaskrawo na przemianie materji. Współczynnik wydajności (ilość energji użytecznej w odniesieniu do całkowitej energji zużytej) dla różnych rodzajów pracy według Atzlera wynosi:

chód	33,5%
jazda na rowerze	30,0%
obracanie korbą	20,0%
wciąganie do góry	14,0%
piłowanie pilnikiem	9,0%
podnoszenie ciężarów . . .	8,0%

Z powyższego zestawienia widzimy, że chód jest pracą najodpowiedniejszą dla człowieka. Przy tym rodzaju pracy współczynnik wydajności jest największy, równa się on współczynnikowi wydajności

najlepszych silników, t. j. 33,5% energji zostaje zamienione na pracę, reszta zaś ulatnia się w postaci ciepła.

Im mniejsze grupy mięśni są zaangażowane, im bardziej dany rodzaj pracy zbliża się do pracy statycznej (obciążającej bardzo centry nerwowe), tem mniej odbija się to na przemianie materji.

Dlatego takie metody, jak wymiana gazowa (pobieranie tlenu i wydzielanie dwutlenku węgla), ergografja, dynamometrja, pletysmografja i t. p., nie nadają się do badania zmęczenia dyżurnego ruchu lub maszynisty. Bardzo ciekawe są dla nas badania Lahy'ego nad zecerami. Wychodził on z założenia, że objektywnej oznaki zmęczenia szukać należy wśród funkcyj niższych, z natury swej niezbyt plastycznych, w których akumulujące działanie zmęczenia powinno występować wyraźnie (osłabienie centrów nerwowych automatycznych). Za takie funkcje uważał on: ciśnienie krwi, uderzenia pulsu oraz szybkość reakcji prostej. Otrzymał on rezultaty zupełnie zadawalające. Jeśli idzie o szybkość reakcji, to potwierdzili to inni, natomiast co się tyczy ciśnienia krwi oraz pulsu, to Jellinek i Kimura otrzymali wyniki zupełnie rozbieżne.

Przejdźmy teraz do metody testów. Próby psychologiczne mają największe widoki zastosowania z powodzeniem do naszych celów szczególnie badania uwagi. Akt uwagi jest podstawowym elementem każdej pracy. Muscio mówi: „zmęczenie znajduje swój najbardziej dobitny wyraz w osłabieniu uwagi". Dość ciekawe badania w tym kierunku zapoczątkowali psychotechnicy w kolejnictwie sowieckiem. Szuszakow przeprowadził porównawcze badania kilkoma testami dyżurnych ruchu (16) i obsługi parowozu (42). Grupy te były dość jednolite np. dyż. ruchu w wieku 22 — 26 lat o jednakowym stopniu wykształcenia. Grupę dyż. ruchu badano najprzód 3 testami: I. t. Kraepelina (2), 2) t. Bourdon'a (wykreślenie 2 liter a i A w ciągu 3' i 3) t. Couvé'ego (wykreślanie liczb znajdujących się na dwóch stronach arkusza—5). Badania przeprowadzano przed rozpoczęciem i po skończeniu pracy, przyczem każde badanie powtórzono czterokrotnie. Pierwsze dwa testy dały wyniki negatywne: około 30% badanych wykazało obniżenie sprawności, tyleż zwiększoną wydajność (28,6%), reszta zaś pozostała bez zmiany. Najlepsze wyniki dał test Couvé'go: u 87,0% wykonanie testu obniżyło się o 20,0%, a u pozostałych 13,0% bez zmiany. Podobne wyniki, jak z testem Couvé'go, otrzymano z testem Bourdona w zmienionej postaci (nakrywanie figur geometrycznych różnokształtnemi płytkami). Prócz tego zastosował jeszcze wymieniony autor badanie reakcji prostej i z wyboru.

W obydwu wypadkach skutki 12 godzinnej pracy wystąpiły bar-

dzo wyraźnie w postaci przedłużenia czasu reakcji u wszystkich osobników: u dyżurnych ruchu średnio o 31,4%, u maszynistów 10,7% przy reakcji prostej, przy reakcji z wyboru — u dyż. ruchu 13,3% i u maszynistów 3,2%. Widzimy zatem, że badanie szybkości reakcji może być stosowane z powodzeniem zarówno do dyż. ruchu, jak i maszynistów, przyczem przedłużenie czasu reakcji u tych pierwszych występuje najbardziej wyraziście. Lepszy wynik daje badanie reakcji prostej niż złożonej, co jest zrozumiałe. Równolegle przeprowadzone również badanie lekarskie (puls, praca serca, siła mięśni) potwierdziło wyniki otrzymane zapomocą testów.

Również zachęcające wyniki otrzymał Riwlin, badając zmęczenie robotnic fabryki tkackiej aparatem Piorkowskiego (przerzutność uwagi). Badania przeprowadzano w ciągu 7 tygodni i wykazały one dużą zgodność z wydajnością pracy obliczaną zapomocą chronometrażu. Na tym aparacie badają w kolejnictwie sowieckiem odporność na zmęczenie maszynistów.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, przy badaniu zmęczenia dyżurnych ruchu oraz maszynistów metoda testów daje lepsze rezultaty, niż próby fizjologiczne. Najodpowiedniejsze w tym celu wydają się test Couvè'go, aparat Piorkowskiego oraz szybkość reakcji.

W każdym wypadku należy stosować conajmniej dwa testy, równolegle stosując próby fizjologiczne. Nie możemy poprzestawać na jednej jakiejś metodzie (niema takiej, któraby z całą pewnością mogła być zastosowana), pamiętając o tem, że zmęczenie jest stanem biologicznie niezmiernie skomplikowanym, jak powiedział van Dhers — „zmęczenie to współdziałanie wielu czynników, a testy zmęczenia — to testy korelacji.“

Piśmiennictwo: *E. Atzler.* Körper u. Arbeit. Lipsk 1927, tamże „Teorja zmęczenia" *Duriga.*

B. Muscio „Racjonalna organizacja pracy i psychologja". Tlumaczenie z angielskiego na rosyjski. Moskwa 1924.

Dr. Szuszakow A. P. „Psychotechnika i psychofizjołogja truda". 1929 r. z. 2—3 str. 193—200.

H. S. Riwlin. Psychotechnika i psychofizjołogja truda" 1928 r. I. 2, str. 63-77.

O konieczności zjednoczenia działalnocśi zapobiegawczo-leczniczej na P. K. P.

podał

Dr. JÓZEF ZAWADZKI

Społeczne prądy w dziedzinie zarówno opieki społecznej, jak i samopomocy społecznej dążą do scalania poczynań na tych polach i tworzenia instytucji koordynujących, obejmujących szerokie dziedziny życia społecznego.

Z długoletnich bowiem doświadczeń wynika, że praca nieskoordynowana poszczególnych instytucji dobra publicznego sprowadza w tych dziedzinach raczej zamęt, zbędną pracę wysiłków ludzkich oraz środków pieniężnych, a co gorsza, skupiając się na jednych i tych samych odcinkach, zaniedbuje częstokroć równie ważne i równie konieczne dziedziny zarówno opieki jak i samopomocy.

Prąd scalania wysiłków i skupiania zarówno energji moralnej jak i materjalnej święci już tryumfy znaczne zarówno na terenię poszczególnych państw, jak i w dziedzinie międzynarodowej i szczególnie po wielkiej wojnie dowiódł, iż jest zdrowem poczynaniem i ma przed sobą wielką przyszłość.

Dla tego też i poczynania samopomocy na terenie kolejnictwa polskiego nie mogą iść przeciw temu zdrowemu prądowi, ale winny dążyć do urzeczywistnienia idei pracy celowej i skoordynowanej, mającej na celu osiągnięcie najlepszych wyników jaknajmniejszemi środkami i jaknajmniejszym wysiłkiem.

Koleje polskie, dbając o zdrowie swego personelu, zapewniły mu pomoc lekarską w dość szerokim zakresie. Ta dbałość leży w interesie publicznym, gdyż na zupełnem zdrowiu personelu kolejowego i jego sprawności fizycznej i moralnej opiera się bezpieczeństwo publiczne podróżnych. Koleje nadto zatroszczyły się o rodziny personelu kolejowego, zapewniając im leczenie na koszt kolei. Jedynie na lekarstwa i pobyt w szpitalu ponoszą pracownicy pewne drobne koszty (do 25%). Świadczenia pieniężne za czas choroby kolej wypłaca

w wyższej normie, niż terytorjalne kasy chorych. Natomiast pomoc lekarska na kolei nie obejmuje medycyny zapobiegawczej, która odgrywa dziś pierwszorzędną rolę i pod tym względem ogranicza się wyłącznie Ministerstwo do udzielania zapomóg instytucjom o charakterze samopocy.

Mówić o konieczności medycyny zapobiegawczej w stosunku do personelu kolejowego i jego rodzin w tem światłem gronie lekarzy kolejowych, którzy stykają się codziennie z jej koniecznością — nie mam żadnej potrzeby, liczyć zaś, że kolejnictwo zajmie się tą sprawą wobec jego kolosalnych potrzeb technicznych, byłoby zamykać oczy na rzeczywistość. W stosunku do pracowników na innych polach Koleje dają swym pracownikom i tak wyższe świadczenia społeczne i dają je bez obciążania niemi pracowników na koszt państwa, nie należy się więc spodziewać, aby w najbliższym czasie medycyna zapobiegawcza mogła znaleźć pokrycie w środkach państwowych.

O tej dziedzinie muszą pomyśleć sami pracownicy, zrzeszając się w instytucje samopomocy przez siebie zakładane i utrzymywane.

Potrzebę zresztą tego rodzaju instytucii odczuli oddawna już pracownicy i położyli podwaliny pod dalszy ich rozwój.

Główną uwagę, jak dotąd, słusznie zwrócono na dzieci, stwarzając cały szereg kolonij letnich i półkolonij letnich, a nawet kolonij leczniczych.

Z zestawień, które znalazłem w Ministerstwie Komunikacji, widać, iż w ubiegłym sezonie korzystało z Kolonij letnich 1616, z półkolonij około 1500 dzieci. Kolonje te utrzymywane były przez członków odnośnych stowarzyszeń kolejowców, z opłat rodziców, bardzo często od wszelkich kosztów zwalnianych, oraz z subsydjów Ministerstwa Komunikacji, które na ten cel na r. b. przeznaczyło 145.800 zł., co stanowi 22,6$^0/_0$ wszystkich subsydjów, wydawanych przez Ministerstwo na cele humanitarne.

Obroty niektórych z tych stowarzyszeń są bardzo znaczne. Kolonje letnie dla pracowników Dyrekcji Warszawskiej z samych ofiar miały w r. z. 21.000 zł., koszt utrzymania dziecka obliczono na 135 zł. miesięcznie, przy 600 osobach utrzymywanych na kolonjach, wynosi to około 136.000 zł. obrotu rocznego. W r. b. otwarto uzdrowisko w Aleksandrowie dla dorosłych z kąpielami lub innemi zabiegami; opłatę oznaczono na 7 zł. dziennie; buduje się też dom w Makowie.

Podobne stosunki widzimy i w innych Dyrekcjach. Kolonje w Dyrekcji Krakowskiej wysyłają 345 dzieci do Węglerskiej Góry, Stanisławów 240 dzieci do Worochty, Lwowskie Kol. letnie 240 dzieci do Tuchli, 81 do Chyrowa, kol. letnie w Radomiu 20 dzieci, w Katowi-

cach 120. Prócz tego łącznie z dorosłymi Harmonja kolejowa w Jaśle wysyła 800 osób do Iwonicza.

Z półkolonji letnich w różnych Dyrekcjach korzysta za drobną opłatą lub bez opłaty około 1500 dzieci.

Jak na krótki stosunkowo czas działalności poszczególnych organizacji zdziałano niezbyt mało. Gorzej jest, gdy chodzi o kolonje lecznicze i wypoczynkowe dla dorosłych.

Prócz wspomnianej wyżej Harmonji Kolejowej w Jaśle, która wysyła dorosłych i dzieci do Iwonicza, istnieje Dom Zdrowia w Truskawcu, co do którego nie udało mi się otrzymać bliższych szczegółów, świeżo założone kolonje w Ciechocinku, o czem dopiero co mówiłem, oraz sanatorjum w Tatarowie, uruchomione przez Tow. Ochrony zdrowia pracowników D. O. K. P. we Lwowie. Jak wiadomo, pozatem Dyrekcja Wileńska utrzymuje dom wypoczynkowy we Włodawie. Oto wszystko, co uczyniono w tym kierunku. Na wielotysięczną masę pracowników kolejowych zbyt mało.

Istniejące już organizacje winny więc rozszerzyć swą działalność i jak to już czynią Kolonje Letnie w Warszawie, urządzać kolonje wypoczynkowo-lecznicze dla dorosłych, bądź też należy tworzyć nowe organizacje o szerszym zakresie działalności.

Polska posiada wszystkie warunki zarówno do leczenia klimatycznego jak i do dodatkowej terapji wodami mineralnemi, hydroterapją i innemi metodami fizykoterapji.

Biorąc rzecz geograficznie, Dyrekcja Gdańska posiada morze, Dyrekcja Krakowska, Lwowska i Stanisławowska niewyczerpane źródła wód mineralnych wszelkiego rodzaju oraz stacje klimatyczne podgórskie i górskie, Dyrekcja Warszawska Ciechocinek, Busko, Solec, Góry Świętokrzyskie, Ojców i Pieskową Skałę, Katowicka — Jaworze, Bystrą i inne miejscowości podgórskie.

Miejscowości te, oczywiście, winny być wyzyskane nie dla pracowników, jednej Dyrekcji, ale dla wszystkich pracowników kolejowych. Można w nich tworzyć nie tylko kolonje letnie wypoczynkowe dla dzieci i chorych, ale i stacje zimowe, duża bowiem część pracowników korzysta z urlopów wypoczynkowych zimą, sanatorja dla zapobiegania rozwojowi gruźlicy oraz sanatorja dla pierwszego okresu gruźlicy, wreszcie kolonje lecznicze zależnie od rodzaju wód mineralnych.

Z przeglądu tego, co uczyniono i co pozostało do zrobienia, widzimy, jak stosunkowo mało do tej pory zdziałano w tym kierunku.

A jednak dało by się uczynić wiele. Pracownicy kolejowi są w tych szczęśliwych warunkach, że podróż nawet do odległych miejscowości otrzymują dla siebie i rodzin darmo, odpada więc dla nich znaczny koszt biletów kolejowych i mogą korzystać z całej przestrzeni Polski, chodzi więc o to, aby na miejscu w drodze samopomocy stworzyć im warunki, odpowiadające skali ich zarobków. Można to uczynić w drodze samopomocy bez wielkich trudności, tembardziej, że inicjatywa w tym względzie już znajduje i będzie znajdowała poparcie materjalne Ministerstwa.

Stworzyć to jednak może *tylko jedna organizacja*, świadoma celów, będąca nadbudową już istniejących organizacji i mająca możność ogarnięcia całokształtu potrzeb pracowników kolejowych i inicjowania przez to powstawania nowych potrzebnych organizacji. Taką instytucją winien być *Związek instytucyj zapobiegawczo-leczniczych pracowników P. K. P.* Obejmował by on już istniejące i nowopowstające instytucje działające w tym zakresie.

Jestem przeciwnikiem centralizacji wogóle, ale równocześnie gorącym zwolennikiem scalania usiłowań ludzkich dążących do jednakowego celu, uzgadniania się działalności oszczędzania wysiłków moralnych i materjalnych przy wykonywaniu funkcji społecznych.

Dla tego też nie proponuję zlania się dotychczasowych organizacji w jedną, ale pragnę zachować zupełną ich niezależność i związać je tylko wspólnem dążeniem do jednego celu.

Formą taką jest związek dobrowolny na wzór niedawno założonego związku instytucyj dobroczynnych. Celem zaś takiego związku jest skoordynowanie działalności poszczególnych organizacji, tworzenie nowych samodzielnych organizacji w miarę potrzeby, uzyskiwanie środków dla tych organizacji, opracowywanie planu ich działalności i występowanie do władz państwowych i samorządowych o poparcie zarówno materjalne jak i rzeczowe zamierzeń poszczególnych, związanych z nim instytucji.

Związek tego rodzaju winien przedewszystkiem objąć już istniejące organizacje Towarzystwa Kolonji Letnich, półkolonje, Tow. Ochrony zdrowia pracowników kolejowych. Zwołany przez nie zjazd winien uchwalić statut związku i wybrać ze swego grona zarząd związku, który, jako nadbudowa nad niezależnemi organizacjami, wypełniłby rolę, o której wspominałem.

Sprawę tą poruszam na Zjeździe Lekarzy Kolejowych dla tego, że inicjatywa ta winna właśnie wyjść od Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych jako tych, którzy stykają się codziennie ze wszystkimi pracownikami i to w chwili ich niedomagań fizycznych, są doskonale świa-

domi braków, istniejących w pomocy urzędowej, widzą niejednokrotnie niemoc swą podczas leczenia z braku odpowiednich urządzeń zapobiegawczo-leczniczych i mogą najłatwiej przekonać zarówno pracowników jak i władze kolejowe o konieczności tych urządzeń. Tem łatwiej zaś to naszemu Zrzeszeniu, że będąc w ścisłym kontakcie z innemi Zrzeszeniami akademickiemi prawników i inżynierów, może uzyskać i u nich poparcie swej inicjatywy.

Niewątpliwie również może uzyskać poparcie innych związków pracowników, które zrozumieć winny walor tej inicjatywy nie wyrosłej ani z jakichkolwiek pobudek politycznych, ani polityki związkowej, ale z czystej miłości bliźniego i zrozumienia najwyższego dobra pracowników kolejowych — zdrowia.

Nie mogę tu omawiać bliższych szczegółów organizacyjnych; o ile wiem podejmowane próby w kierunku zjednoczenia różnych organizacji nie zostały urzeczywistnione, bądź dla tego, że próbowano stworzyć jednolitą organizację, a nie związek, w którym każda organizacja zachowuje swą niezależność.

Pozwolę sobie jednak naszkicować, co możnaby osiągnąć przez związek. Obok utworzenia, względnie rozszerzenia istniejących kolonji i półkolonji letnich dla dzieci pracowników kolejowych tak, aby korzystać z nich mogły wszystkie dzieci do lat 16, należałoby wykorzystać morze i okolice górskie oraz zdroje mineralne dla tych dzieci, które wymagają dodatkowo leczenia. Dla samych zaś pracowników i ich żon narzucają się dwie konieczności: 1) stworzenia specjalnych stacyj wypoczynkowych letnich i zimowych, w których pracownicy o skromnych środkach materjalnych mogliby spędzić czas urlopowy lub znaleźć uzupełniające leczenie po przebytej chorobie oraz 2) stworzenie internatów w różnych kąpieliskach, a nadto 3) sanatorjów dla zagrożonych gruźlicą lub w pierwszym jej okresie. Ta ostatnia strona działalności winna być skoordynowana z pracami Towarzystwa przeciwgruźliczego.

Związek winien działać w ścisłem porozumieniu zarówno z odnośnemi władzami państwowemi, jak i z innemi organizacjami społecznemi, łącząc pod względem poczynań humanitarnych wielką rodzinę pracownikkw kolejowych z resztą społeczeństwa.

Szanowni Koledzy! Nie chcę nadużywać Waszej uwagi i na tem zakończę moje wywody. Aby jednak inicjatywa ta nie przeszła bez echa, usilnie Was upraszam o przyjęcie następującej rezolucji.

V. Zjazd Lekarzy Kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej w Katowicach w dn. 7 września 1930 r. uchwala:

„Wezwać Zarząd Główny Zrzeszenia Lekarzy Kolejowyeh R. P. oraz Zarządy poszczególnych Kół Zrzeszenia do zainicjowania Związku organizacji zapobiegawczo-leczniczych dla pracowników kolejowych i do zwołania w tym celu w najbliższym czasie zebrania przedstawicieli wszystkich istniejących na terenie Rzeczypospolitej organizacyj zapobiegawczo-leczniczych."

„Jednocześnie Zjazd wzywa wszystkich lekarzy kolejowych do propagowania idei utworzenia na zasadach samopomocy we wszystkich Dyrekcjach Okręgowych organizacyj zapobiegawczo-leczniczych i przystąpienia ich do ogólnego Związku."

Dotychczasowe wyniki badań I-ej pracowni psychotechnicznej D. O. K. P. w Warszawie

podał

Inż. JAN WOJCIECHOWSKI

W r. 1923, kiedy w całej Polsce istniało zaledwie parę pracowni psychotechnicznych nie kolejowych, odczuwano już potrzebę obserwacji psychologicznej pracowników, mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu; wyrazem tej potrzeby był wydany przez D. O. K. P. w Warszawie okólnik z dn. 16.IV-1923 r. Nr. VI/27. Okólnik zaleca naczelnikom oddziałów ruchu, rewizorom ruchu i zawiadowcom stacyj poczynienie obserwacyj nad podwładnymi i przedstawienie sprawozdań na zasadzie 12 pytań, dotyczących sprawności pracowników pod względem fizycznym i psychicznym.

Nie wiem, czy w innych Dyrekcjach wydano podobny okólnik: dlatego uważam go, jako pierwszego zwiastuna psychotechniki na kolejach polskich, pięknie świadczącego o światłym poglądzie naszych władz kolejowych.

Jak wiadomo, pierwsza pracownia kolejowa psychotechniczna powstała urzędowo w r. 1925, a była otwarta urzędowo 17.XII-1927 r.

Pierwsze badania zaczęliśmy od maszynistów i ich pomocników; następnie jednak wobec wymowy liczb statystyki wypadków, zwrócić się musieliśmy do służby ruchu, a przedewszystkiem do pomocników zawiadowców czyli dyżurnych ruchu.

W chwili obecnej statystyka osób zbadanych przedstawia się, jak następuje:

Maszynistów	145
Pomocników maszynistów	112
Ślusarzy kandydatów	431
Kandydatów do służby ruchu	115
Kandydatów do służby handlowej . . .	51
Dyżurnych ruchu	122
Różnych urzędników	258
Kierowców autobusów	161

Należy zaznaczyć, że metody badań wzięte są z pracowni zagranicznych, niektóre zaś przyrządy zbudowaliśmy we własnych warsztatach kolejowych według wzorów cudzych, lub według pomysłów moich i moich współpracowników. Program badań przedstawiony jest na tablicy I i II.

Na zasadzie ocen wyników prób, dokonanych na powyżej wyliczonym materjale ludzkim, należało sprawdzić po dokonaniu 300 badań następ. rzeczy:

1) Jaki procent zgodności całkowitej i przybliżonej z oceną służbową posiada każdy ze stosowanych testów?
2) Jakie testy wykazują największą wartość djagnostyczną?
3) W jakim stosunku do opinji władzy przełożonej zbadanych pracowników znajdują się oceny ogólne, uzyskane na podstawie badań?

Załączona tablica III daje odpowiedź na pytanie pierwsze. Z liczb podanych w niej wynika, że oddzielnie biorąc, żaden ze stosowanych testów sam w sobie nie wystarczałby do kwalifikowania badanego; dopiero średnie arytmetyczne kilkunastu zbadanych cech wykazują zgodność procentową z ocenami służbowemi (zgodność całkowitą+zgodność przybliżoną) dość wysoką, bo sięgającą 78-90-88%

Jest to fakt, znany w literaturze psychotechnicznej, że im większą liczbę cech potrzebnych uwzględniamy przy badaniu, tem lepszą i dokładniejszą jest ocena, tem lepiej zgadza się ona z dokładną i bezstronną oceną zawodową. Wyniki powyższe zgadzają się z tym faktem.

Tak więc można powiedzieć, że Pracownia Psychotecbniczna pod względem badań drużyn parowozowych jest na dobrej drodze.

Przy powyższych badaniach stwierdzono:

1) Około 3,5% zbadanych źle rozróżniało barwy.

2) Dość znaczny procent zbadanych źle widzi w zmroku i wolno przystosowuje się do ciemności po olśnieniu.

3) Około 27% zbadanych wykazuje mały zakres uwagi.

4) Średnia szybkość reakcji prostej wzrokowej . 0,21"
„ „ „ „ słuchowej . . 0,18"
„ odchylenie „ „ wzrokowych . 9%
„ „ „ „ słuchowych . 11%
„ szybkość reakcji z wyborem wzrokowej 1,1."
„ „ „ „ „ 1,2"

5) Za testy najbardziej djagnostyczne uznaliśmy te, które na tablicy I-ej są wydrukowane pochyłemi czcionkami.

6) W niektórych wypadkach, stanowiących 10% ogólnej liczby zbadanych, stwierdziliśmy zupełną niezgodność orzeczenia psychotechnicznego z opinją służbową. Wyświetlanie takich sprzeczności trzeba będzie uzyskiwać zapomocą bardziej ścisłych ponownych badań i bardziej szczegółowych wywiadów z władzami, wydającemi opinje służbowe.

7) Wyniki testów są naogół lepsze wśród pracowników młodszych: jeżeli wziąć 50 lat, jako granicą wieku średniego, to wśród maszynistów od 21 do59 lat mamy 90% ludzi o wynikach dobrych i średnich, a od 50 wzwyż — tylko 89%.

8) Badania maszynistów, którzy w ciągu ostatnich lat służby mieli różne wypadki, wykazały, że posiadali oni różne braki w uzdolnieniach, jak np. złe widzenie w zmroku, niestałość i nieregularność reakcji wzrokowej, słabą przerzutność uwagi, słabe poczucie szybkości i odległości i t. p.

9) Z pośród 292 osobników z drużyn parowozowych Pracownia
przeceniła uzdolnienia 52 osób t. z. 17,8%
niedoceniła „ 75 „ „ 25,7%
oceniła trafnie „ 165 „ „ 56,5%

Jakkolwiek rezultat pierwszych badań z natury rzeczy nie może być doskonały, to jednak powyższe zestawienie wskazuje, że nie jest on zły, skoro liczba przecenionych wynosi — 18%, z drugiej strony zauważyć należy, iż oceny służbowe ogólne nie są ani dokładne, ani też zupełnie sprawiedliwe. Przyczyny tego szukać należy w subjektywnem ustosunkowaniu się zwierzchników do podwładnych.

W roku bieżącym dokonano w Pracowni Warszawskiej zgórą 300 badań pomocników maszynistów i ślusarzy-kandydatów. Porównanie ocen psychotechnicznych ze służbowemi będzie dokonane nieco inaczej.

Badania służby ruchu uwzględniały jedynie dyżurnych ruchu, aspirantów do służby ruchu i handlowej. Badania te były grupowe i indywidualne.

Rezultaty porównań naszych ocen ze służbowemi dokonane były

tylko dla dyżurnych ruchu. Liczyłem, że aspiranci po skończeniu kursu muszą popracować przynajmniej jeden rok, aby zwierzchnicy mogli ich lepiej poznać i ocenić. Potem dopiero uzyskamy od nich odpowiedzi na specjalny kwestjonarjusz, który da nam więcej, niż ryczałtową opinję o badanym.

Wyniki porównań podane są na tablicy IV-ej.

Z powyższego wynika, że w najbliższej przyszłości czeka nas dużo jeszcze pracy nad ulepszaniem dotychczasowych metod i ustaleniem programów badań pracowników tych kategorji, które dotąd nie były przedmiotem naszych studjów.

Tablica badań drużyn parowozowych.

Tabl. I.

L. p.	
1.	Badanie siły i odporności na zmęczenie
2.	„ zdolności rozróżniania barw
3.	„ „ widzenia w zmroku
4.	„ szybkości adaptacji wzroku po olśnieniu
5.	„ „ i stałości reakcyj wzrokowych i słuchowych
6.	„ zakresu uwagi
7.	„ podzielności uwagi
8.	„ szybkości i dokładności decyzji
9.	„ intuicyjnej oceny odległości i szybkości poruszających się brył
10.	Badanie lokalizacji dźwięków
11.	„ inteligencji technicznej
12.	„ prawidłowości i szybkości ruchów zawodowych maszynisty

Tablica badań służby ruchu.

Tabl. II.

L. p.	
1.	Badanie cech inteligencji (skupienie uwagi, podzielności uwagi, pamięci słów, liczb i miejsc, myślenia logicznego, kombinacyjności, krytycyzmu i orjentacji wzrokowej)
2.	Badanie szybkości ruchów ręki.
3.	„ zakresu uwagi (szybkie postrzeganie)
4.	„ zdolności rozróżniania barw
5.	„ widzenia w zmroku
6.	„ reakcyj wzrokowych i słuchowych
7.	„ szybkości i wytrwałości uwagi przerzutnej
8.	„ szybkości i dokładności obsługiwania tablicy biletów
9.	„ umiejętności wydawania dyspozycyj przy próbach przetaczania

Tabl. III.

TESTY	% zgodności		
	Całkow.	Przybliż.	Razem
Widzenie w zmroku	42	30	72
Zakres postrzegania	30	28	58
Lokalizacja dźwięku	29	31	60
Szybkość reakcji wzrokowej	26	33	59
Stałość „ „	24	28	52
Szybkość reakcji słuchowej	34	30	64
Stałość „ „	32	25	57
Przerzutność uwagi	29	30	59
Ocena spotkań	30	25	55
Ocena odpędzeń	21	33	54
Dokładność reakcji z wyb.	22	40	62
Szybkość „ „	39	28	67
Dokładność próby głównej	34	26	60
Inteligencji technicznej	25	33	58
Średnia arytmetyczna z głównych testów	56	34	90

Tabl. IV.

TESTY	% zgodności		
	Całkow.	Przybliż	Razem
Widzenie w zmroku	26	35	61
Zakres postrzegania	45	40	85
Szybkość reakcji wzrokowej	30	33	63
Stałość „ „	33	52	85
Szybkość reakcji słuchowej	26	40	66
Stałość „ „	40	40	80
Koncentracja uwagi	25	45	70
Pamięć słów i liczb	24	42	66
„ miejsc	37	39	76
Przerzutność uwagi	30	49	79
Kombinacyjność	24	31	55

Rozwiązanie zagadnienia chorób metaluetycznych w kolejnictwie

podał

Dr. LIEBESMAN

Stanisławów

Zadanie Wydziału Sanitarnego kolejnictwa nie wyczerpuje się jedynie w leczeniu od wypadku do wypadku pracowników kolejowych. Polskie Koleje Państwowe, stanowiąc największe przedsiębiorstwo państwowe, obejmują olbrzymią ilość pracowników rozsianych po całym obszarze Rzeczypospolitej, a dzięki sprężystej organizacji pod względem sanitarnym ma lekarz kolejowy szerokie pole do pracy z zakresu hygjeny społecznej.

Kontrola sprawności fizycznej i umysłowej pracowników — jeden z głównych obowiązków lekarza kolejowego — ma obok znaczenia indywidualnego społeczno-hygjenicznego — także olbrzymią wagę dla sprawności ruchu. Środki prowadzące do tego celu — wykrywania chorób utajonych, a nieraz ze szkodą dla społeczeństwa i instytucji z rozmysłu zatajonych, należy wraz z ciągłym postępem wiedzy lekarskiej nieprzerwanej poddawać rewizji. Nie przeceniając wartości badań laboratoryjnych w życiu lekarza praktyka, śmiem twierdzić, iż znaczenie tychże jest znacznie większe przy badaniach masowych. Otóż znaczyłoby zanieść sowy do Aten, skoro wspomnę, iż metalues jest jednem z bardzo często utajenie występujących schorzeń i że wykrycie wszystkich utajonych wypadków ma olbrzymie znaczenie dla ruchu kolejowego, jego sprawności i organizacyjnej siły.

Reakcja Wassermanna (OW) umożliwia nam wyśledzenie tych wszystkich osobników, w których ustroju krąży jad kiłowy. Gdy pierwsze okresy kiły mają dla nas wartość socjalno-hygjeniczną (im wcześniejsze rozpoznanie, tem lepsze widoki wyleczenia), to kiła czwartorzędna stawia nas przed kwestją niezwykłej nieraz wagi, czy dany osobnik pełnić może odpowiedzialną służbę pracownika kolejowego. Ponieważ zmiany psychiczne rozpoczynają się niepostrzeżenie i niezawsze rozwijają się równolegle ze zmianami somatycznemi, rozpo-

żnanie ich w początkowym okresie trafia często na duże trudności. OW ma tu głos decydujący.

Biorąc te rozważania pod uwagę, należałoby wprowadzić przymusowe badanie krwi pracowników kolejowych na OW. Względy przemawiające za tą tezą są następujące:

Badania przez lekarzy rejonowych odbywają się każdorazowo u nowowstępujących oraz okresowo u pracowników I-ej kategorji. Przepisy c badaniach lekarskich podają w § 4, że wykluczają możność przyjęcia do służby na kolei „wszystkie istniejące w chwili badania choroby płciowe, choroby płciowe przebyte, o ile nie są w zupełności wyleczone". Wiadomem jest, że między wrzodem pierwotnym, a objawami kiły czwartorzędnej istnieje w okresie nieraz kilkunastu lat mała ilość i to przeważnie krótkotrwałych objawów. W tym okresie bezobjawowym jedynie OW może wykazać, że mamy tu do czynienia z osobnikiem kiłowym. Powyżej wymieniony wyjątek z przepisów o badaniach lekarskich wymaga więc uzupełnienienia. Lukę tę może wypełnić zarządzenie przymusowego badania krwi na OW.

Przy badaniu okresowem główną uwagę skierowuje się na wzrok i słuch, przyczem sprawdza się również oddziaływanie źrenic na światło i akomodację i zachowanie się odruchów kolanowych. Możliwość więc przeoczenia tych zmian somatycznych kiły czwartorzędnej jest naogół mała. Niemniej jednak i tu OW może przyczynić się do zaostrzenia kontroli nad luetykami zwłaszcza, że w początkach tego okresu kiły zmiany nie są całkiem wyraziste. Najważniejsze zadanie miałaby do spełnienia OW wśród tych pracowników, którzy nie podlegają okresowym badaniom. Chorzy, którzy zakazili się kiłą, niezawsze zgłaszają się do lekarzy kolejowych, ba nawet często ich unikają. Grają tu przeważnie rolę względy służbowe, napiętnowanie socjalne i t. p. Często leczą się u lekarzy niekolejowych. U tych wszystkich objawy kiły czwartorzędnej mogą być daleko posunięte, a władze kolejowe, niepowiadomione o tem, nie wycofują ich ze służby. Przytoczę tu następujący fakt: w godzinach urzędowych zgłosił się do mnie pewien pracownik kolejowy, który podaje, że przyszedł wprost z biura z silnym bólem głowy, tak iż musiał przerwać urzędowanie. Przy bliższem badaniu przedmiotowem stwierdzam nierówność źrenic, brzegi okrągłe, lewa źrenica prawie dwa razy tak wielka jak prawa, obydwie nie reagujące na światło i akomodację, chód paralityczny, a podczas rozmowy stwierdzam brak pamięci, ba nawet fałszywe podanie wyników z tabliczki mnożenia i dodawania. Zaznaczam, że pracownik ten prowadził ważny dział służby. (Odczyn Wassermanna dodatni ++++). Rozpoznanie taboparalysis.— Przypadek dru-

gi: w tym samym dniu zgłosił się do mnie konduktor z poradą z powodu rzekomo reumatycznych bólów w nogach. Badany bliżej wykazuje słabą reakcję źrenic na światło, źrenice ad minimum zwężone, szpilkowe, odruchy kolanowe zniesione. OW dodatni ++++. Odczyn zmętnienia Meinickego dodatni+. Rozpoznanie tabes dorsalis.—Takich przykładów możnaby przytoczyć moc. Gdyby nie przypadek, pracownicy ci nadal sprawowaliby swe czynności, powodujac wielkie szkody, a niekiedy wywołując możność katastrofy.

Celem uświadomienia sobie niebezpieczeństw i następstw, które może spowodować pozostawanie w służbie pracowników luetycznych, pozwolę sobie przypomnieć w krótkości objawy psychiczne kiły czwartorzędnej.

Objawy te nie są jednolitej natury, i dlatego wyróżniamy cztery główne grupy, względnie postacie niedowładu.

1) Dementia paralytica simplex (proste niedołęstwo umysłu z porażeniem)) cechuje się stopniowo postępującym, lecz stałym zanikiem wszelkich władz intellektualnych. Pamięć słabsza, zapominanie, nieuwaga, niedbałość o wygląd zewnętrzny. Chorzy poczynają się zaniedbywać w swych obowiązkach, popełniają coraz częściej omyłki, są apatyczni i obojętni (stadjum depresyjne). U niektórych chorych pozostaje ten nastrój, względnie początkowe zniechęcenie melancholiczno-hypochondryczne (chorzy powiadają, że nie mogą jeść, są zatruci i t. d.), u drugich mamy klasyczną drugą postać choroby.

2) Mania paralytica (szaleństwo z porażeniami) z fantastycznemi urojeniami wielkości (megalomania). Chorzy tu są ruchliwi, weseli, zaczepni, nie orjentują się w sytuacji przy wzmożeniu popędów zwłaszcza płciowego. Zanik pamięci wypełniają konfabulacjami.

3) Trzecią odmianą psychiczną kiły czwartorzędnej jest melancholia paralytica (zaduma z porażeniem), której cechy charakterystyczne to lękliwość, bierność, urojenia małości, ubóstwa, nicości (mikromania).

4) W ostatnim, czwartym rodzaju przy ostrym obłędzie z porażeniami (delirium paralyticum) spotykamy się z ostremi napadami szału. Chorzy krzyczą, chcą zniszczyć wszystko, co im w ręce wpadnie. Przy braku orjentacji, zapoznawaniu swego otoczenia, wśród gromadnych omamów i illuzji zmysłowych, zdarzają się objawy ostrego podrażnienia mózgu. Dochodzi do napadów, które zależnie od przewagi stanów porażennych, względnie skurczowych noszą charakter apoplektyczny, względnie epileptyczny.

Jasnem jest, że każda z tych form może się stać punktem wyjścia uchybień pracowników w służbie.

Sądzono dawniej, że choroby paraluetyczne, jak tabes, taboparalysis, paraliż postępowy, winnyby co do ilości swej się zmniejszać od czasu, gdy kiła z powodu ulepszonej diagnostyki i intensywnego leczenia może być zwalczona w czasie tak odległym od okresu czwartego. Sądzono do niedawna, iż komplikacje w systemie nerw. centr. dadzą się w ten sposób usunąć, względnie można będzie zapobiedz ich rozwojowi. Kwestja klasyczna metaluesu miała już być rozstrzygniętą. Ale nastąpiło rozczarowanie. We wszystkich krajach stwierdza się przyrost wypadków, miast ich zmniejszenia. Pod względem naukowym kwestja ta pozostaje nadal otwartą i interesującą.

Dla nas w dzisiejszych naszych roztrząsaniach konkretne wnioski są następujące:

1) Każda Dyrekcja kolejowa powinna założyć laboratorjum serobakterjologiczne.

2) Należy prowadzić przymusowe badanie krwi pracowników kolejowych na OW, tych, których służba jest nadzwyczaj odpowiedzialną, więc kierownicy parowozów, palacze, kierownicy pociągów, zawiadowcy stacji, dyżurni ruchu, przetokowi, zwrotniczy. U nowoprzyjętych do służby związanej z ruchem pociągów Wassermann powinien być również przeprowadzony.

3) Przeprowadza się co 2 lata badanie na OW krwi pracowników II-ej kategorji. Szczegóły techniczne winny być opracowane przez specjalną komisję. Wszyscy, u których wykazano OW + bez objawów ze strony systemu nerwowego, powinni być prowadzeni w ścisłej ewidencji u lekarza rejonowego i co pewien okres badani przez neurologa. Postępując w ten sposób, uratowałoby się bardzo wiele jednostek czasami bardzo pożytecznych.

Przez te zarządzenia uniemożliwia się przyjęcie do służby kolejowej osobników cierpiących na długotrwałą chorobę. — Następnie prowadzi się w ewidencji — w najściśjejszej oczywiście tajemnicy — tych wszystkich, którzy zarazili się kiłą, a więc którzy z jednej strony winni poddać się odpowiedniemu leczeniu, z drugiej zaś muszą być często kontrolowani celem jaknajwcześniejszego stwierdzenia u nich pierwszych objawów psychicznych. Uzurpując sobie w ten sposób ingerencję w życie osobiste pracownika, mamy na oku jego własne zdrowie oraz bezpieczeństwo publiczne.

Do tej sprawy w przyszłości wrócę po zebraniu większej statystyki.

Alkoholizm, a samobójstwo.

podał
Dr. Fr. BIAŁOKUR

W № 34 1930 r. Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego prof. Grzywo-Dąbrowski omawia związek, jaki może zachodzić pomiędzy alkoholizmem a zamachami samobójczemi. Zdaniem autora może tu występować związek bardzo blizki, niemal bezpośredni, względnie ma miejsce łączność luźna — pośrednia. Jeżeli chodzi o związek ściślejszy, zdarza się, że targnie się na swe życie człowiek znajdujący się pod bezpośrednim wyraźnym wpływem alkoholu. Wiemy że trunek ten działa rozmaicie na psychikę człowieka. Czasami powoduje on osłabienie krytycyzmu, stan depresji, nastrój pesymistyczny. Życie w takich chwilach wydaje się nudne, ciężkie, bez wartości. Zaburzenia krytycyzmu powodują, że taki osobnik nie jest w stanie odróżnić istotnych braków i nieszczęść od urojonych, wytworzonych przez chorobliwą psychikę: i w podobnych chwilach nieraz bywają popełniane zamachy samobójcze. Chcąc zbadać wpływ wyskoku na samobójstwa, autor przejrzał 1000 aktów dotyczących zamachów i zgonów samobójców za rok 1928 w obrębie apelacji Warszawskiej oraz sądów okręgowych: Białostockiego, Białej Podlaskiej, Kalisza, Łomży i t. d.

Zdobyte przez prof. Grzywo-Dąbrowskiego cyfry przedstawiają się w następujący sposób:

Odsetek samobójstw, popełnianych pod wpływem alkoholu wzgl. w stanie upicia się:

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
1. Większe miasta	51/19,7%	14/5,2%	65/12,4%
2. Miasteczka	16/14,0%	5/4,0%	21/9%
3. Wsie	18/12,3%	4/4,0%	22/8,1%

Z przytoczonych zestawień wynika, że ok. 10% samobójstw zostało popełnione w stanie upicia się lub pod wpływem alkoholu, przytem dotyczy to mężczyzn w 16,4% — kobiet zaś tylko w 4,7%. Przy podziale na większe i małe miasta oraz wsie widzimy, że na 1e

ostatnie przypada 8,1°/₀, na duże miasta 12,4°/₀, na małe 9°/₀. Wszędzie przeważają mężczyźni: w dużych miastach męż. 19,7 proc., kobiet 5,2 proc., małe miasta — mężczyzn 14 proc., kobiet 4 proc., wsie — mężczyzn 12,3 proc., kobiet 4 proc.

Podział wg. rodzaju samobójstw i stanu cywilnego samobójców w odsetkach:

	Mężczyźni	Kobiety
1. Otrucia	47,6°/₀	100°/₀
2. Powieszenia	31,6°/₀	
3. Zadanie ran ciętych i kłutych	9,5°/₀	
4. Postrzały	6,3°/₀	
Żonaci — mężatki	65°/₀	56,2°/₀
Stanu wolnego	23°/₀	43,8°/₀
Wdowcy; nieznane	12°/₀	

Zejście zamachów samobójczych alkoholików:

	Mężczyźni	Kobiety
1. Smierć	57,9°/₀	12,4°/₀
2. Usiłowanie	42,1°/₀	87,5°/₀

Pod wpływem alkoholu częściej godzą na swe życie żyjący w stanie małżeńskim — liczby te dla mężczyzn wynoszą 65 proc., dla kobiet 56,2 proc., natomiast żonaci, dokonywujący zamachu samobójczego nie pod wpływem alkoholu, robią to tylko — mężczyźni w 44 proc., kobiety w 57,5 proc., wdowcy alkoholicy w 12 proc., nie-alkoholicy w 3,8.

Z powyższego wynika, że życie małżeńskie sprzyja u mężczyzn zamachom samobójczym na tle alkoholowem; być może dołączają się także i takie czynniki, jak sprzeczki małżeńskie, które, jako pobudka zamachu samobójczego, stosunkowo dużą odgrywają rolę, może wchodzą tu w grę i jakieś inne przyczyny, w każdym razie jednak liczby bardzo wyraźnie wskazują, że pod względem usposobienia do samobójstw alkoholicy stanu małżeńskiego są w gorszych warunkach, niż osoby wolnego stanu.

Zejścia zamachów samobójczych u alkoholików i niealkoholików płci męskiej nie wykazują większych różnic: u pierwszej kategorji samobójców znaleźlismy 57,9 proc. zgonów, u drugiej 55 proc. Inaczej rzecz się przedstawia u kobiet; tu niealkoholiczki umierały po zamachu samobójczym w 31,9 proc. przyp., natomiast alkoholiczki znacznie rzadziej, bo tylko w 12,5 proc. przypadków. Taką znaczną różnicę należy, jak się zdaje, tłomaczyć tem, że kobiety, jako bardziej wrażliwe, pod wpływem alkoholu nie są w stanie tak dobrze obmyśleć

i przygotować zamachu lub nie mogą go tak dobrze wykonać, jak kobiety trzeźwe.

W naszem piśmiennictwie naukowem zdaniem prof. Grzywo-Dąbrowskiego omal wcale nie została poruszona sprawa wpływu alkoholizmu na częstość zamachów samobójczych.

Kacprzak-Adamowiczowa i Sielicki (Kronika Warszawy 1927 r.) w pracy o alkoholiźmie w Warszawie podają, że w r. 1925 jako następstwo pijaństwa było 128 (11,6%) przypadków samobójstw, w tem 24,6% kobiet i 9,8% mężczyzn. Liczby te oparte są na danych Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego, które od tat 33 prowadzi statystykę wypadków skutkiem pijaństwa, w których czynne było Pogotowie:

Statystyka nasza obejmuje następujące rubryki:

1) Liczby pijanych w stosunku do liczby ludności i liczby wypadków
2) Pijani według płci
3) Pijani według zajęć
4) Pijani według wyznania
5) Pijani w różnych porach doby
6) Pijani w różnych miesiącach roku
7) Pijani w różnych porach roku
8) Pijani według wieku
9) Uszkodzenie skutkiem pijaństwa
10) Skutki pijaństwa

Odnośne statystyki znajdą zainteresowani w Wydawnictwie Warszawskiego Pogotowia: „XXX-lecie Pogotowia Ratunkowego w Warszawie 1897 — 1927.“

Zamachy samobójcze alkoholików umieszczone są w rubryce: „Skutki pijaństwa.“

TABLICA XXIV. Skutki pijaństwa.

	Bójki, napady	Uszkodz. z nieostr.	Przejechania	Samobójstwa	Bez następstw
1897	15	12	1	1	41
1898	62	38	4	—	34
1899	138	95	7	4	64
1900	170	135	15	4	74
1901	194	141	26	3	75
1902	128	106	11	4	53
1903	143	96	14	4	67
1904	122	85	8	5	63
1905	102	74	11	3	91
1906	89	106	9	1	25

Dalszy ciąg TABELI XXIV.

1907	69	87	8	6	35
1908	92	78	12	4	23
1909	179	128	14	17	82
1910	387	204	24	32	109
1911	536	173	31	45	319
1912	455	188	14	76	143
1913	527	73	17	81	216
1914	124	144	13	93	206
1915	8	154	4	47	61
1916	9	31	1	8	41
1917	16	6	1	2	15
1918	10	1	1	1	19
1919	26	18	—	2	21
1920	15	18	1	6	25
1921	42	28	2	5	41
1922	125	50	10	32	93
1923	263	103	17	39	183
1924	389	166	19	79	213
1925	541	165	33	128	240
1926	417	185	31	73	121
1927	439	166	33	94	170
1928	607	153	67	135	222
1929	518	183	72	115	224
Razem za lat 33	6958	3388	531	**1149**	3233

Jak widzimy z powyższej tablicy, mieliśmy w ciągu lat 33—1149 przypadków samobójstwa, jako skutek pijaństwa.

Statystyki pozbawienia się życia przez alkoholików dotąd nie prowadziliśmy. Dopiero w roku bieżącym *Dr. Zdzisław Krajewski* uzupełnił tę lukę przez podanie następujących obserwacyj:

W kwietniu 1930 r. zanotował Dr. Krajewski na 118 alkoholików zamachy samobójcze za pomocą:

otrucia kwasami — 5 przypadków
„ zasadami — 1 przypadek
„ jodyną — 2 przypadki
Rany cięte i kłute — 4 „
Razem 12 przypadków

W czerwcu 1930 r. na 67 alkoholików zamachów samobójczych zarejestrowano za pomocą:

Otrucie kwasami	— 4
„ jodyną	— 1
Rany postrzałowe	— 2
„ cięte i kłute	— 1
Skok z wysokości	— 1
Powieszenie się	— 1
Razem	10

W sierpniu 1930 r. na 132 przypadki zatrucia alkoholem usiłowało pozbawić się życia 6 osób za pomocą:

Otrucie kwasami	— 2
„ sublimatem	— 1
Skok z wysokości	— 2
Utonięcie	— 1
Razem	6

Porównywując rodzaje zamachów samobójczych alkoholików ze sposobami stosowanymi przez samobójców w Warszawie wogóle,' widzimy, że u alkoholików, jak i u niealkoholików, bez względu na płeć, najczęściej bywa stosowana trucizna (16 na 28).

Na drugiem miejscu stoją u alkoholików w Warszawie wszelakie rany, postrzały, utopienie i powieszenie. W Warszawie 40—50⁰/₀ samobójców truje się esencją octową. To samo daje się zauważyć i u alkoholików.

Naszem zdaniem, jak zresztą i zdaniem większości autorów, alkoholizm ma przeważny wpływ na częstość zamachów samobójczych. Tylko Durkheim (Lie Suierde 1930). Sądzi, że alkoholizm nie odgrywa roli w sprawie częstości i przyczyn samobójsw.

Zwłaszcza duńska statystyka jest w tym względzie przekonywująca Według tej statystyki w latach 1911 — 1915 alkoholików było 189, niealkoholików 237 1916 — 1919 alkoholików 63, niealkoholików 199 1920 — 1924 alkoholików 67, niealkoholików 237.

Nb od roku 1916 obowiązywał zakaz sprzedaży alkoholu i stąd spadek alkoholików-samobójców o połowę, co dowodzi wyraźnego wpływu alkoholu na samobójstwo.

STRESZCZENIA

Starszy radca Sanitarny *Dr. Gilbert* (Drezno): **O wypadkach, zależnych od ruchu kolejowego, o zapobieganiu im oraz organizacji pomocy lekarskiej.** Zeitschrift f. Bahnärzte.

Zeitschrift f. Bahnärzte 1930. Pobudką do poruszenia tej sprawy była częstość katastrof kolejowych w Niemczech w latach 1926—1929. Prawie każda taka katastrofa wywołuje poruszenie w prasie tak ogólnej jak i lekarskiej z większą lub mniejszą znajomością tego przedmiotu. Z żalem jednak trzeba przyznać, że dotychczas przynajmniej było mało prac o katastrofach kolejowych, ogłoszonych przez lekarzy kolejowych, albo też i innych, którzy kiedykolwiek osobiście udzielili pomocy w takich katastrofach. Z ogłoszonych wszelako dotychczas prac można wyciągnąć następujące wnioski. Bezpieczeństwo ruchu kolejowego stoi w związku z częstością krążenia pociągów, szybkością ich biegu, ograniczaniem ilości personelu kolejowego, dążeniem do osiągnięcia jaknajwyższych dochodów i t. p. Tam, gdzie idzie o bezpieczeństwo ruchu pociągów, dążenie do zwiększenia dochodowość kolei musi bezwzględnie uledz ograniczeniom.

Zapobieganie katastrofom kolejowym stoi w związku przedewszystkiem z dobrym stanem linji, maszyn oraz urządzeń, zapewniających bezpieczeństwo ruchu. Z drugiej strony warunkiem bezpieczeństwa jest doskonałe wyrobienie personelu kolejowego pod względem fizycznym i psychicznym. O ile katastrofa już nastąpiła, to przedewszystkiem niezbędna jest należycie zorganizowana pomoc doraźna.

Powojenne zubożenie Niemiec, które zmuszone były lwią część dochodów kolejowych zużyć na spłatę zobowiązań traktatowych, spowodowało, że stan nawierzchni torów, szyn, sygnałów i t. p. uległ w porównaniu do wymagań postępu w tej dziedzinie w wielu przynajmniej miejscach zaniedbaniu. Nie ulega dalej wątpliwości, że przyczyną pewnych katastrof są nieprawidłowe albo niejasne wskazówki lub objaśnienia, niezbędne w razie skierowania pociągu drogą nie codzienną w razie przeróbki toru lub z innych przyczyn.

Co do personelu kolejowego w Niemczech, to autor na zasadzie swego 36-letniego doświadczenia, nabytego w roli lekarza kolejowego, dochodzi do wniosku, że personel ten w zupełności odpowiada swemu zadaniu. Jeżeli zdarzają się fakty, napozór przeczące temu twierdzeniu, to zależą one od niejasności rozporządzeń, sygnałów, braku pamięci pojedyńczych osobników, chwilowego przemęczenia fizycznego lub psychicznego i t. p. Okoliczności te jednak nie dają prawa do ujemnego wnioskowania o wydolności personelu wogóle. Autor zaprzecza celowości badań psychotechnicznych, proponowanych przez Griesbach'a, dla oznaczenia stopnia podniecenia, przemęczenia i wogóle wahań w stanach psychicz-

nych i fizycznych personelu za pomocą określania czucia skórnego odpowiedniemi przyrządami. Griesbach przeprowadzał te badania u tych samych osobników bezpośrednio przed rozpoczęciem przez nich zajęć służbowych i od czasu do czasu w czasie pełnienia przez nich obowiązków służby. Badania takie prowadziły by do mylnych wniosków, powodowałyby ogromne przeszkody w czynności personelu i wymagałyby znacznego odpowiednio wyszkolonego personelu lekarskiego.

Zgadza się jednak autor z Griesbachem, że istnieją poważne stany psychiki, kiedy pracownik kolejowy, tak zresztą jak i każdy inny człowiek, nie będąc w rzeczywistości chory, nie jest zdolny pełnić dokładnie swych obowiązków służbowych. Jeżeli, naprzykład, pracownik ma w domu śmiertelnie chorą żonę, to trudno wymagać od niego, by mógł on pracować z wydolnością taką samą, jak pracownik, który w danym czasie zmartwienia nie ma. Dlatego też autor proponuje, by zwierzchność takich pracowników, w razie zameldowania przez nich o nieusposobieniu do pracy z przyczyn poważnych po stawieniu się do pracy, wyjątkowo zwalniała ich na pewien czas od obowiązków, szczególnie o ile pracownik taki zajmuje odpowiedzialne stanowisko (maszynista, dyżurny ruchu i t. p.) Wogóle niezbędna jest sumienna kontrola pracowników mających styczność z ruchem pociągów, kontrola prowadzona nawet przed przystąpieniem do pełnienia obowiązków takiego odpowiedzialnego pracownika przez jego bezpośrednią zwierzchność. Na zasadzie swego bogatego doświadczenia autor utrzymuje. że ta ostatnia niedość starannie wyszukuje przypadki nadużycia alkoholu u skłonnych doń osobników podwładnego sobie personelu. Tymczasem liczba pracowników, obciążonych tą wadą w takiej np. drezdeńskiej dyrekcji kolejowej powinna być poważnem ostrzeżeniem w tym kierunku.

Już chociażby ze względu na wyżej podane okoliczności autor jest zwolennikiem dotychczasowej organizacji lekarskiej na kolejach. a przeciwnikiem dowolnego wyboru lekarzy (lekarze zaufania). Sumienny lekarz kolejowy, który niejednokrotnie odwiedza jednego i tego samego pracownika kolejowego z powodu choroby tego ostatniego w jego mieszkaniu, może wyrobić sobie lepsze pojęcie o stosunkach zdrowotnych i rodzinnych pracownika, posiadających duże znaczenie w sposobie pełnienia obowiązków służbowych przez tego pracownika lub też stanowiących o usunięciu go, chociażby chwilowo ze służby.

Autor jest zdecydowanym zwolennikiem starannego wyboru śród kandydatów do służby na kolejach, okresowego badania w ciągu przechodzenia tej służby oraz dodatkowych badań lekarskich, o ile względy zdrowotno-służbowe czynią badania takie koniecznemi. Wytyczne do badań takich na kolejach niemieckich podane są w specjalnych przepisach. Sumienne stosowanie tych przepisów przez lekarzy zdaniem autora może zapewnić kolejom w zupełności odpowiadający wymaganiom pracy na kolejach, a co zatem idzie, i bezpieczeństwu ruchu kolejowego, personel. Specjalnego omówienia wymagają tu dwa punkty: 1) siła wzroku i 2) zdolność odróżniania barw. W ostatnich czasach podniosły się głosy, że dla nowo-przyjmowanych pracowników $^{2}/_{3}$ dla każdego oka, albo też dla jednego oka $^{5}/_{5}$, dla drugiego $^{5}/_{10}$ są wymaganiami zbyt małemi, że siła wzroku w każdem oku winna być conajmniej $^{5}/_{5}$ (lekarz kolejowy dr. Podesta z Torgau). Na zasadzie swego doświadczenia autor nie znajduje poważnych powodów do takich obostrzeń w przepisach, ponieważ, szczególniej przy badaniach powtórnych można było przekonać się, że rozpoznawanie sygnałów z oddalenia miarodajnego możliwie było nawet przy mniejszej sile wzroku niż dopuszczalne według przepisów. Ostateczną jednak decyzją w tym względzie autor pozostawia okulistom. Co się tyczy zdolności rozpoznawania barw, to autor jest stanowczym przeciwnikiem jakichkolwiek zła-

godzeń w przepisach, gdyż w gałęziach pracy kolejowej, w których sygnały barwne odgrywają jakąkolwiek rolę, może być użyty personel wyłącznie sprawny pod względem rozpoznawania barw.

Jako przyczyna katastrof kolejowych podawane jest bardzo częste przemęczenie, wywołane zbyt uciążliwą lub zbyt długą okresowo służbą. Kwestja słuszności takiego poglądu winna być, rzecz zrozumiała, dokładnie zbadana w każdym poszczególnym przypadku, gdyż może grać tu rolę niedbalstwo odpowiedzialnego personelu albo też wogóle zbieg nieszczęśliwych okoliczności. Ustalone przepisy kolejowe ściśle regulują zmiany okresów pracy i wypoczynku a więc nie należy, o ile są one dokładnie zachowywane, upatrywać tu przyczyny przemęczenia. Zresztą w przypadkach, w których kolejowy personel służbowy ponosił winę za katastrofy, dochodzenie sądowe okazywało, że personel ten przed objęciem służby miał dostateczny dla wypoczynku czas, lub też, że katastrofa zdarzyła się nie w ostatnich godzinach służby odpowiedzialnego pracownika. Zresztą osobiście wypytując starszych i zasługujących na wiarę pracowników, autor dowiadywał się, że przeciążenie pracą zdarzało się w dawnych dziesięcioleciach, lecz bynajmniej nie w czasach obecnych. Szczególnie zeznawali tacy pracownicy, że udzielane dopiero ostatniemi czasy urlopy mają dobroczynny wpływ na odnowienie sił pracowników.

Zwracać trzeba jednak uwagę, czy czas, przeznaczony na wypoczynek, nie jest przez pracownika, zajmującego odpowiedzialne stanowisko, trwoniony na inne zajęcia pozasłużbowe, powodujące bezużyteczną stratę jego sił.

W razie katastrofy władze kolejowe obowiązane są do udzielenia doraźnej pomocy poszwankowanym jedynie w zakresie, podanym wyżej, z warunkiem by pomoc ta udzielona była wzorowo.

Stosownie do tego odpowiednie komplety opatrunków, środków leczniczych i narzędzi winny zawierać w dostatecznej ilości jedynie te przedmioty, które są niezbędne do udzielenia doraźnej pomocy lekarskiej osobom, poszwankowanym w czasie katastrofy kolejowej.

Należą tu 1) puszki blaszane ze środkami opatrunkowemi,
2) małe komplety ratownicze lekarskie,
3) duże komplety ratownicze lekarskie,
4) szafki opatrunkowe pociągów dalekobieżnych,
5) wagony sanitarne (lekarskie) pociągów ratunkowych.

Stosownie do nowego rozporządzenia Zarządu głównego kolei niemieckich każdy wagon lekarski pociągu ratunkowego winien posiadać, prócz przenośnych łóżek jeszcze siedem noszy dla chorych.

W razie katastrofy kolejowej przedewszystkiem należy wezwać natychmiast na miejsce, gdzie nastąpiła katastrofa, cały rozporządzalny na miejscu personel pomocniczy (lekarzy, członków kółek samarytańskich, policję miejscową, straż ogniową) i wykorzystać wszystkie środki ratunkowe, które można znaleść na miejscu katastrofy lub w pobliżu (narzędzia i środki opatrunkowe, nosze dla chorych, samochody transportowe i inne środki lokomocji). Jednocześnie należy zawezwać niezwłocznie pociąg ratunkowy, ściśle zachowując przepisy, normujące system zawiadomienia o katastrofach kolejowych. Na każdym posterunku służbowym w pobliżu telefonu winien znajdować się dokładny wykaz wszystkich miejscowych sił i środków ratowniczych Zawiadamianie o katastrofach czy to telefoniczne, czy telegraficzne winno być uskuteczniane według wzorów gotowych już do wypełnienia.

Dla upewnienia się, że wszystkie urządzenia ratownicze będą stosowane w razie katastrofy szybko i racjonalnie, odnośne władze kolejowe powinny kontrolować w czasie swych podróży służbowych, czy wszystko jest stale należycie przygotowane. Niezbędne są pozatem alarmy próbne, które na kolejach niemieckich przepisowo wykonywane są raz w roku, mianowicie w porze nocnej, a prócz tego w każdej Dyrekcji kolejowej w dniu niedzielnym lub świątecznym corocznie wykonywany jest dodatkowo alarm próbny pociągu ratunkowego. Ten ostatni według przepisów winien wyruszyć z miejsca w 15 minut po otrzymaniu zawiadomienia. Zdaniem autora alarmy próbne, wbrew przepisom, winny być urządzane nie tylko w nocy, lecz i w dzień, gdyż w ten sposób snadniej można się przekonać o sprawnem działaniu całego systemu ratownictwa. Alarmy próbne wogóle są konieczne, aczkolwiek są one bardzo uciążliwe dla zarządów kolejowych i podwładnych organów. Pociągi ratunkowe winny być tak rozmieszczone po stacjach, by w jaknajkrótszym przeciągu czasu mogły one przybyć na miejsce katastrofy, przyczem 10 — 20 minutowe przyśpieszenie przybycia pociągu ratunkowego posiada ogromne znaczenie.

Wobec tego, że katastrofa może się wydarzyć w miejscu znacznie oddalonem od stacji lub miejscowości, skąd można dostarczyć odpowiednie środki opatrunkowe, autor radzi, by śród publiczności podróżującej szerzyć przekonanie o konieczności zabierania z sobą w drogę małych wyjałowionych kompletów środków opatrunkowych. Radzi on również, by na większych stacjach znajdowały się automaty do sprzedaży takich małych kompletów wyjałowionych środków opatrunkowych.

Dalej autor podkreśla konieczność przygotowania personelu kolejowego w zakresie udzielania doraźnej pomocy w wypadkach kolejowych. Nie jest on zwolennikiem zbyt szerokiego rozpowszechniania tego przygotowania w zrzeszeniach samarytańskich, a natomiast podkreśla konieczność dokładnego przygotowania zasadniczego, zwraca uwagę na konieczność częstych ćwiczeń praktycznych, jak również na potrzebę częstych krótkich kursów powtórnych. Ilość godzin, przeznaczonych na zasadnicze kursa ratownictwa na kolejach, zdaniem autora winna być powiększona, wzamian za to może być zmniejszona ilość godzin, poświęcona na powtarzanie. Osoby, które przeszły kurs ratownictwa, winny być zaopatrzone w krótki zrozumiale napisany podręcznik ratownictwa z licznemi dobremi rycinami w celu utrwalenia w pamięci nabytych wiadomości.

Postępowanie na samem miejscu katastrofy kolejowej winno polegać przedewszystkiem na zabezpieczeniu miejsca tego od osób postronnych, zbędnych widzów, złoczyńców i t. p. przez zawezwanie miejscowej policji i straży ogniowej na dobrem oświetleniu tego miejsca, o ile katastrofa miała miejsce w nocy, na podziale personelu lekarskiego pomocniczego na dwie części, z których jedna zajmuje się przenoszeniem poszwankowanych na miejsce opatrunku i wogóle pomocy doraźnej, druga zaś udziela tej pomocy i opatruje poszwankowanych. Kiedy przybywa pociąg ratowniczy, to rzecz naturalna, wagon lekarski zostaje użyty jako miejsce udzielania pomocy. Lekarze i pomocniczy personel lekarski winni posiadać jakiś znak, odróżniający ich od innych osób, naprzykład, przepaskę na ramieniu z widocznym zdaleka napisem. Miejsce, gdzie znaidują się osoby, prowadzące całą akcję ratowniczą, winno być również oznaczone jakimś zdala widzianym znakiem.

Lekarze, udzielający pomocy doraźnej na miejscu niekoniecznie muszą być chirurgami lub neurologami, jak tego wymaga Griesbach, ponieważ na miejscu

katastrofy nie należy dokonywać operacji, ani też przeprowadzać badania neurologicznego w szerszym zakresie. Im szybciej opatrzeni już poszwankowani usunięci są z miejsca katastrofy, tem lepiej dla nich i dla samego biegu udzielania pomocy. Ranny z prowizorycznie zatrzymanym ciężkim krwotokiem nigdy nie powinien być transportowany bez towarzyszącego mu lekarza, który winien być zaopatrzony w odpowiednie środki pomocnicze. Chorzy, przeznaczeni do dalszego transportu, winni być zaopatrzeni w tabliczki z napisem wyjaśniającym rodzaj uszkodzenia, rodzaj pomocy lekarskiej, podającym czas udzielenia tej pomocy, a w razie krwotoku — środki użyte w celu jego zatrzymania.

Fr. Zalewski **„Leczenie gruźlicy chirurgicznej metodą Finikowa"** (Presse médicale Nr. 46, 1930 r.).

Autor w przypadkach gruźlicy chirurgicznej, głównie gruźlicy kostnej, gruczołowej i najądrzy, stosował z wielkiem powodzeniem metodę Finikowa, polegającą na zastrzykach domięśniowych przygotowanej ex tempore mieszaniny oliwy i jodu obok jednoczesnego podawania doustnie chlorku wapnia. Tą drogą, według Finikowa, osiąga się wzmożoną obronę organizmu przez zwiększenie zdolności proteolitycznej leukocytów wielojądrzastych i zdolności krwi w przetwarzaniu tłuszczów. Zaletą tej metody jest możność jej stosowania w najzwyklejszych warunkach leczenia.

Dawkowanie zależy od wieku, od ogólnego stanu zdrowia chorego i od ciężkości przypadka. Nie spostrzega się objawów pobocznych, jedynie niekiedy początkowo zwiększa się ropienie przetok i t. p. Autor uzyskiwał wyniki bardzo dodatnie, jak szybkie gojenie się owrzodzeń, przetok. poprawę stanu ogólnego. Żaden ze sposobów tak prostych, nie dawał jednocześnie tak zachęcająch rezultatów.

Dr. W. Ehrenkreutz.

A. Pinto i E. Coelho. **„Leczenie wola z wytrzeszczem"** (Presse medicale № 40, 1930 r.).

Terapja jodowa choroby Basedowa niezawsze dawała wyniki dodatnie, nawet przeciwnie, nieszczęśliwe próby jej stosowania wytworzyły t. zw. przez Kochera zespół Jod-Basedowa.

Dopiero bardzo niskie dawki, zwiększane stopniowo przez pewien czas dawały dobre rezultaty. Według Plummera, któremu przypada zasługa wprowadzenia ponownego do terapji Basedowa jodu, tenże nie leczy, a przygotowywa do leczenia definitywnego. Pod wpływem jodu obniża się wybitnie przemiana podstawowa Dlatego jest on dobrym środkiem dla przygotowania chorego do zabiegu chirurgicznego. Mechanizm działania jodu nie jest dobrze znany i znajomość jego nie wychodzi poza granice hipotez. Nie należy ograniczać się do stosowania tylko jodu w leczeniu Basedowa. Oprócz tego trzeba zapewnić choremu spokój, podawać bogate kalorycznie pożywienie, zawierające zwiększoną ilość węglowodanów. Wreszcie stosować terapję objawową, szczególnie zwalczać zaburzenia sercowe, niekiedy bardzo ciężkie jak np. drganie włókienkowe przedsionków.

Chirurgja wola przy Basadowie idzie w parze z postępem chirurgji tarczycy. Wbrew zapatrywaniom Kochera, że im więcej usunąć gruczołu, tem lepiej, autorzy są zwolennikami częściowego zabiegu w zależności od ciężkości przypadku; raczej usunąć tarczycy za mało i ponowić potem operację, aniżeli narazić chorego na objawy hypothyreoidyzmu.

Leczenie jodem nietylko rozciąga się na czsyty zespół Basedowa, ale także

na jego drugi typ t. zw. adenomatu toksycznego. Jod nie sprowadza przemiany podstawowej do normy. Tylko w kilku przypadkach po thyroïdectomji autorzy osiągnęli granice normalne, a nawet w jednym niższą od normy, a w innym znacznie wyższą od przedoperacyjnej. Po kilku jednak tygodniach nastąpiło wyrównanie.

Dr. W. Ehrenkreutz

A. Calmette **„Szczepienie zapobiegawcze przeciwko gruźlicy przy pomocy B C G."** (Presse médicale Nr. 65, 1930r.).

Prace szkoły Pasteur'a wykazały wielkie znaczenie wchłaniania jelitowego w zarażaniu się gruźlicą, a wkrótce przeniesione do Niemiec i Austrji doprowadziły do wniosku, że możemy sztucznie wywołać odporność przeciwgruźliczą, a raczej odporność na powtórne zakażenie przez wczesne nasycenie młodego organizmu zwierzęcia lub człowieka takim rodzajem prątków, któreby posiadały te same jakościowe antygeny, jak prątki typu bydlęcego lub zjadliwego ludzkiego, ale nie miałyby zdolności wytwarzania w ustroju zmian gruźliczych postępujących. Przez długi czas nie udało się uzyskać tego rodzaju odporności. Dopiero, posiłkując się badaniami Pasteur'a nad wytwarzaniem osłabionych i utrwalonych ras wąglika, wykryto rasę prątka gruźliczego, która odpowiadała powyższym warunkom. Nie posiada ona własności gruźliczo-twórczych. Szczepionka ta stosowana doustnie pod nazwą B C G (Bacille Calmette-Guérin), jest doskonale znoszona przez organizm, nawet w zastrzykach dożylnych. Zwierzęta szczepione uzyskują odporność na sztuczne zarażenie prątkiem gruźlicy, gdy tymczasem nieszczepione — wymierają.

Między bacylem-szczepionką, a elementami pochodzenia mezodermalnego zachodzi symbioza, wyrażająca się w powstaniu autonomicznego tworu t. zw. *komórki przekształconej bakteryjnie* (*la cellule bacillisée*).

Wówczas organizm, dla którego tego rodzaju twory są pasorzytami, reaguje w swoisty sposób na nowy napływ prątków lub ich produktów (tuberkuliny), starając się je wydalić. Jest to t. zw. fenomen Kocha. Gdy komórki tego gatunku zanikają, np. naskutek procesu makrofagji, odporność wówczas wygasa i łatwo następuje zakażenie.

Krytyka wysuwa szereg objekcji co do wartości szczepionki omawianej. A więc szczepionka B C G może przyjąć charakter zjadliwy w organiźmie, któremu była podana.

Zarzut ten nie był poparty żadnemi dowodami doświadczalnemi. Przeciwnie trzeba było pokonać masę trudów, aby wywołać w szczepionce zjadliwość, potrzebną dla zabicia tak wrażliwego stworzenia, jak świnka morska.

Wysuwano także zarzut, że dzieci szczepione nie reagują na tuberkulinę, a więc, jak sądzono błędnie, nie uzyskiwały odporności. Autor wyjaśnia, że reakcja tuberkulinowa jest dodatnia u zwierząt, u których pod wpływem prątka gruźliczego powstał guzek pierwotny. Tymczasem B C G, wchłoniony przez przewód pokarmowy, wytwarza rzadko guzki pierwotne, o ile zaś powstaną, szybko zostają resorbowane. Stąd tylko przez pewien czas reakcja tuberkulinowa po szczepionce jest dodatnia. Odporność jednak na powtórne zakażenie istnieje przez dłuższy przeciąg czasu.

Najlepszego argumentu wreszcie za stosowaniem szczepionki dostarcza statystyka. Otóż wykazuje ona pięciokrotny spadek śmiertelności dzieci szczepionych, urodzonych z matek gruźliczych i wychowywanyeh w środowiskach gruźliczych w porównaniu z nieszczepionemi. Dzieci szczepione wykazują także zwiększoną

odporność na wiele chorób wieku dziecięcego. Odporność po szczepionce B C G rozciąga się na cały pierwszy okres dzieciństwa. Niema zresztą przeszkód dla ponownego szczepienia, przyczem można je stosować w zastrzykach podskórnych.

Dr. W. Ehrenkreutz

Dr. Tadeusz Bętkowski **Leczenie chirurgiczne suchot płucnych.** (Nowiny Lekarskie zeszyt 14 — 1930 r.)

Próby chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc zwłaszcza jej form jamistych sięgają wieku XVII, kiedy to Willis usiłował przez wycięcie żebra przeniknąć do jam gruźliczych, celem wprowadzenia do nich leków.

W wieku XVIII otwierali kawerny zapomocą noża lub trójgrańca E. Barry, Boerharen, Sharp, Dawid i inni. Około 1870 r. Mossier, a po nim Popper usiłowali leczyć jamy gruźlicze przez wstrzyknięcie w tkankę gruźliczą płuca nadmanganjanu potasu, karbolu, nalewki jodowej, kwasu salicylowego, rozczynu Lugola, oliwy jodoformowej. Próby te okazały się jednak niebezpieczne i zawodne. Otwieranie jam gruźliczych i sączkowanie ich podobnie leczeniu ropni płucnych wykonywali Doyen, Tüffier, Sonnenberg, Safert bez większego jednak powodzenia. Nie wahano się również przed operacyjnem usunięciem części schorzałego gruźliczo płuca. Próby te podejmowali Bloch w Niemczech, po nim Ruggi we Włoszech.

Macerenowi udało się z wynikiem dodatnim wykonać amputację całego płuca w przypadkach zupełnego zniszczenia gruźliczego. Dawniejsze próby, jak widać z powyższego, skierowane były przeciwko gruźlicy jamistej i atakowały samo ognisko schorzenia,

Nowsze metody operacyjne wychodzą z doświadczeń klinicznych, które udowodniły, że suchoty płuc nie ulegają wygojeniu po unieruchomieniu płuca przez wyłączenie procesu oddechowego i usunięciu działania sił elastycznych t. j. kurczliwości samego płuca i siły rozciągającej płuca, które [jest wynikiem lepliwości warstwy cieczy znajdującej się między obydwoma listkami opłucnej i rozszerzania się klatki piersiowej. Obserwacje wyleczenia gruźlicy płuc pod wpływem długotrwałego ucisku, wysiękiem ropnym, a przedewszystkiem wyleczenie w pojedynczych wypadkach odmy opłucnowej, powodowanych przez pęknięcie drobnych jam, które nie wywołały zakażenia opłucnej wskutek niewytworzenia się przetoki i gdzie płuco poddane było długotrwałemu uciskowi przez wypełniające opłucną powietrza, stały się podstawą nowoczesnego leczenia przez wyłączenie chorego płuca zupełnie lub częściowo, jako środka dla zagojenia zmian suchotniczych.

Na zasadzie tych doświadczeń, sięgających XIX wieku, Forlanini w r. 1882 zastosował metodę odmy sztucznej, która polega na wpuszczaniu do jamy opłucnej gazu (azotu lub powietrza) aż do zupełnego uciśnięcia płuca i podtrzymywaniu tego stanu przez dopełnianie gazem aż do wyleczenia zmian chorobowych. Metodę tę stosował on u człowieka w początku lat dziewięćdziesiątych i od tego czasu aż do końca pierwszego dziesiątka XX wieku walczyła ona o uznanie ogółu, zyskując stopniowo na doskonałości i dokładności wykonania, aby wreszcie w latach ostatnich stać się metodą wyboru w szeregu odmian suchot płucnych, specjalnie nadających się do tego leczenia. Leczenie odmą jako leczenie bezkrwawe i względnie łatwe w wykonaniu pozostaje w ręku internistów. Wykonywane jest przez nakłucie w wybranem międzyżebrzu odpowiednią igłą jamy opłucnowej i wprowadzenie do niej pewnej ilości gazu. Dalsze napełnienia prowadzą do uciśnięcia płuca w stopniu potrzebnym

dla umożliwienia gojenia. Odma sztuczna jest stosowana jedno, a w czasach ostatnich nawet obustronnie.

Ranke ustalił dla stosowania odmy wyłącznie jednostronnej przypadki: 1) ciężkich jednostronnych lub przeważnie jednostronnych suchot płucnych, 2) nie dające się zatamować krwawienie płucne, o ile ognisko krwawienia jest znane, 3) surowicze lub ropne wysięki opłucnowe, 4) podtrzymywanie odmy samoistnej przy pęknięciu ognisk gruźliczych o ile opłucna nie ulega zakażeniu.

M. Gausel rozróżnia trzy rodzaje odmy obustronnej, a mianowicie: 1. obustronną odmę równoczesną w przypadkach suchot postępujących obustronnych, niezbyt daleko posuniętych przy dobrym stanie ogólnym, 2. obustronną odmę wtórną w przypadkach, gdzie już założono odmę jednostronną, którą należy podtrzymywać, a w których ujawniają się postępujące objawy, wymagające uciśnięcia w drugiem płucu i 3. odmę opłucnową na zmianę, gdzie jedno płuco jest wygojone i można odmę przerwać, natomiast w drugiem płucu ujawnia się czynna sprawa chorobowa.

Co do przeciwskazania założenia odmy to wiek nie odgrywa tu roli, jak również ciąża nie stanowi przeszkody.

Przeciwskazania stanowią: 1. rozległe i czynne procesy gruźlicze w drugiem płucu, 2. gruźlica krtani, sięgająca chrząstki, gruźlica kiszek, gruźlicze zachorzenia kręgów piersiowych, obustronna gruźlica nerek oraz objawy zwyrodnienia skrobiowatego, 3. przewlekłe schorzenia drugiego płuca, jak nieżyty, rozstrzenie oskrzelowe, rozedma, dychawica, przebyte zapalenia opłucnej ze zrostami, 4. ciężkie formy cukrzycy, 5. ciężkie białkomocze i wybitne zapalenie nerek.

Ustalenie wskazania i właściwe zastosowanie są warunkiem powodzenia przy leczeniu odmą sztuczną. Odma nie jest pozbawiona niebezpieczeństw dla chorego zarówno bezpośrednich, jak pośrednich. Niebezpieczeństwa bezpośrednie bywają wynikiem wzmożonego odruchu opłucnej, który prowadzić może do zapaści, a nawet stać się może przyczyną śmierci. Duże niebezpieczeństwo stanowią zatory powietrzne powstałe przez dostanie się gazu do naczyń krwionośnych nakłutej opłucnej lub płuca. Zatory takie prowadzą do ciężkich zaburzeń i mogą powodować zejście śmiertelne. W celu zapobieżenia powstawaniu zatorów zalecił Muralt używanie przy pierwszej próbie założenia odmy tlenu, którego dostanie się do naczyń krwionośnych ma być mniej niebezpieczne.

Mniejsze znaczenie mają powikłania w postaci odmy podskórnej, wśródtkankowej i pozaopłucnowej, spowodowane błędami techniki przy wykonywaniu zabiegu. Do powikłań dają powód również zrosty opłucnowe, które klinicznie przed zabiegiem nie mogą być rozpoznane. Jacobaeus podał metodę przepalania takich zrostów pętlą galwanokaustyczną pod kontrolą oka zapomocą wbitego w międzyżebrze toraskopu. Sposób ten kryje jednak niebezpieczeństwa w formie krwawień i zakażeń jamy opłucnowej. Dlatego też Sauerbruch i Archibald zalecili i wykonywali przecinanie zrostów po ich poprzedniem podwiązaniu z małego cięcia międzyżebrowego.

Z niebezpieczeństw pośrednich na pierwszem miejscu wymienić należy powstawanie pod wpływem drażnienia opłucnej gazem wysięków, które ulegają zakażeniu i przechodzą w formy ropne. Zakażenie wysięków może powstać również drogą przerzutów (grypa i inne) lub zakażenia przy pęknięciu powierzchownie położonych jam gruźliczych, może również przez błędy aseptyki przy dopełnianiu.

Mamy wtedy ropnie o zakażeniu mieszanem. Około 50—80% leczonych odmą sztuczną ulega wysiękom opłucnowym, które najczęściej leczą się zachowawczo z dobrym wynikiem.

Przypadki z zakażeniem mieszanem mają rokowanie złe i zmuszają do intensywnego leczenia (płukania przeciwgnilnemi rozczynami), a wrazie niepowodzenia tego sposobu drenażem lub w ostateczności torakotomją.

Z krwawych metod leczenia operacyjnego suchot płucnych najmniej niebezpiecznem jest wyrwanie nerwu przeponowego w celu zniesienia czynności przepony. Pierwsi zastosowali zabiegi na nerwie przeponowym Stewiz i Sauerbruch, przecinając lub resekując nerw na szyi z cięcia równoległego do grzbietowego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. Przy sposobie tym wyniki były niezupełne, gdyż prawie u 25% ludzi istnieje dodatkowy nerw przeponowy, łączący się z pniem głównym przy wejściu do klatki piersiowej. Zastosowano wyciągnięcie nerwu w całości lub na pewnej przestrzeni (10 — 12 cm.) z cięcia wyżej wspomnianego, bądź też cięcia poprzecznego. równoległego do obojczyka.

Zabieg powyższy powoduje niejednokrotnie przyspieszoną akcję serca i zdarzają się również pojedyncze przypadki krwawień płucnych i opłucnowych, które powodować mogą zejście śmiertelne. Uciśnięcie płuca przez porażenie przepony, wynosi $1/8$ — $1/4$ jego pojemności oddechowej, a ucisk, wywołany przez uniesioną przeponę, może wpłynąć dodatnio na zmiany ogniska zawarte nie tylko w dolnym płacie, lecz w całem płucu. Naogół poprawa przy wyrwaniu nerwu przeponowego przy leczeniu gruźlicy płuc jest niewielka. Istnieje jednak szereg wskazań, kiedy zabieg powyższy oddaje dobre usługi. Brunmer stwierdza wpływ wyrwania nerwu przeponowego u osobników młodych w pierwszym i drugim dziesiątku życia ze względu na elastyczność klatki piersiowej i radzi stosowanie go w takich warunkach jako zabiegu samoistnego. Wyrwanie nerwu przeponowego wskazane jest w przypadkach suchot wysiękowych, postępująeych, które dają małe widoki na leczenie zapomocą odmy sztucznej, a ze względu na wolną szparę oplucnową przedstawiają duże trudności przy wykonaniu torakoplastyki. Bauer twierdzi, że częściowe uciśnięcie płuca przez ten zabieg przyczynia się do wstrzymania rozwoju, a nawet do poprawienia stanu ogólnego, przez co umożliwia późniejsze leczenie odmą, a w razie potrzeby odpowiedniem odkostnieniem klatki piersiowej.

Dobrą pomoc daje wyrwanie nerwu przeponowego przy niezupełnej odmie sztucznej, w której przeszkodą do uciśnięcia płuca są zrosty w przestrzeni dopełniającej i w dolnym odcinku jamy opłucnowej. Sauerbruch poleca wyrwanie nerwu przeponowego jako operację próbną w przypadkach równoczesnego schorzenia drugiego płuca, gdzie badania i obserwacja kliniczna niepozwalają ocenić jego wytrzymałości. Uważa on, że brak złego wpływu uciśnięcia płuca zdrowszego i zawarte w nim ogniska gruźlicze pozwala na podjęcie torakoplastyki.

Wyrwanie nerwu przeponowego stało się dzisiaj najmodniejszą operacją w leczeniu suchot płucnych, a stosujemy je raczej w myśl wskazań powyższych, a rzadko jako samoistną metodę leczenia. Wyrwanie nerwu przeponowego, jako zabieg poprzedzający każdą odmę sztuczną, nie wytrzymuje krytyki, mimo, że w przypadkach takich rzadziej występują wysięki opłucnowe. Bardziej usprawiedliwione jest stosowanie tego zabiegu przy zakończeniu leczenia odmą, kiedy obserwacja wykaże, że zdolność rozszerzenia się uciśniętego płuca jest niedostateczna. Wtedy zmniejszenie jamy opłucnowej przez porażenie przepony jest pożyteczne i celowe.

Główną metodę krwawego leczenia chirurgicznego suchot płucnych stanowi

torakoplastyka t. j. odkostnienie większych odcinków klatki piersiowej. Są różne metody wykonania tego zabiegu operacyjnego.

Sauerbruch podał metodę torakoplastyki przykręgowej, która dzisiaj stanowi szczyt doskonałości technicznej. Polega ona na wycięciu żeber od guzka żebrowego ku zewnątrz od XI — I żebra, na przestrzeni 8—12 cm. i ustaleniu ścieśnienia w ten sposób klatki piersiowej odpowiednim opatrunkiem elastycznym. Pozwala to na zmniejszenie pojemności płuca o więcej niż połowę, a równocześnie unieruchomia czasowo operowaną połowę klatki piersiowej.

Obok torakoplastyki jako metody głównej rozwinął się szereg pomocniczych metod operacyjnych, stosowanych w przebiegu leczenia suchot płucnych. Do nich należy pneumoliza, która polega na odsłonięciu opłucnej ściennej przez wycięcie jednego żebra i oddzielenie opłucnej od wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej na oznaczonej przestrzeni. Sposób ten zapoczątkował Schlange, wykonywując go nad schorzałym szczytem płucnym, który trzymał następnie uciśnięty przez tamponadę materjałem opatrunkowym. Obecnie w celu tamponady odsłonionego odcinka płuc używa się plombę parafinową trudno topliwą.

Wskazania operacyjne do odmy sztucznej i torakaplastyki są rozbieżne. Przypadki z wolną szparą opłucnową nadają się raczej do leczenia odmą, przypadki z rozległemi zrostami lub zupełnem zarośnięciem szpary opłucnowej wymagają torakoplastyki.

Dr. Jastrzębowski

Dr. Franciszek Zalewski, major **„Najnowszy sposób bezpośredniego przetaczania krwi."** (Lekarz wojskowy Nr. 11, 1929 r.).

Autor podaje własny sposób przetaczania krwi. Instrumentarjum do powyższego składa się: 1⁰ Dwie strzykawki od 10 cm.^{3} wzwyż. 2⁰ Kranik Łoguckiego, pospolicie używany do wypompowywania przesięków z jamy opłucnei. 3⁰ Jedna grubsza igła, używana do nakłuć. 4⁰ 30 — 40 cm. dlug. rurka gumowa średnicy zwykłego kateteru. 5⁰ Cienka metalowa kaniulka z trójgrańcem wewnątrz, bądź igła z zatyczką (używana do sztucznej odmy). 6⁰ Kolanko metalowe, łączące rurkę z metalową kaniulką (z igłą z zatyczką).

Przyrząd zestawiamy w sposób następujący:

Na nasadę strzykawki zakładamy kranik; na prostą nasadkę kranika nasadzamy igłę. Boczną nasadkę kranika łączymy rurką gumową i kolankiem metalowem z kaniulką z trójgrańcem (5⁰).

Technika przetaczania krwi:

Wyjaławiamy przez gotowanie opisany zestaw i przestrzykujemy go wyjałowioną parafiną, przyczem baczną uwagę zwracamy na lekkość chodzenia tłoku w strzykawce.

Na desce, leżącej na dwuch stolikach, oddzielonych od siebie przestrzenią około 0,5 metra, układamy górną kończynę krwiobiorcy i krwiodawcy. Lekko uciskamy taśmą gumową ramiona każdego z danych osobników, aby nabrzmiały żyły. Wkłuwamy kaniulkę z trójgrańcem w żyłę w przegubie łokciowym krwiobiorcy, następnie wprowadzamy do żyły krwiodawcy igłę i nakładamy ją na prostą nasadkę kranika. Po otwarciu zakrętki kranika, wyciągając tłok strzykawki,, nabieramy do niej krew. Aby wypędzić powietrze z rurki gumowej wypychamy przez nią nieco krwi nazewnątrz, poczem szybko wyjmujemy trójgraniec z kaniulki tkwiącej w żyle krwiobiorcy i łączymy rurkę gumową z kaniulką.

Teraz zdejmujemy taśmę uciskową krwiobiorcy, zamykamy zakrętkę kranika i wypychamy krew ze strzykawki.

Aby nabrać nową porcję krwi z żyły krwiodawcy do strzykawki, należy otworzyć zakrętkę kranika i pociągać za tłok. Po uskutecznieniu tego zamykamy zakrętkę i wypychamy krew do żyły krwiobiorcy.

Manipulując w sposób powyższy przetaczamy dowolną ilość krwi. W wypadku, gdy tłok strzykawki zacznie zacinać się, przemywamy go wyjałowionym rozczynem soli kuchennej, a gdy to nie pomoże, należy zmienić strzykawkę.

Przeszkody przy przetaczaniu krwi podanym sposobem zależą, albo od zbyt gęstej krwi, która z trudem przechodzi przez wązką igłę, bądź od skurczu naczynia, bądź słabego ciśnienia krwi.

Dr. Jastrzębowski

V Wszechpolski Zjazd Lekarzy Kolejowych w Katowicach d. 7, 8 i 9 Września r. b.

Po Mszy Świętej w kościele Marjackim i złożeniu wieńca przy pomniku Nieznanego Powstańca, w sali konferencyjnej Dyrekcji Kolejowej został otwarty V Zjazd Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych przy udziale zaproszonych gości i prawie 250 uczestników. Otwarcia dokonał Dr. Józef Mazurek, wygłaszając przemówienie następującej treści:

Szanowny Panie Dyrektorze, Szanowny Panie Prezesie, Szanowne Panie i Szanowni Panowie.

„Od chwili powstania Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych poraz piąty zbieramy się na nasze doroczne obrady. Dzięki serdecznemu zaproszeniu kolegów śląskich w roku bieżącym znaleźliśmy się na prastarej polskiej ziemi Piasta, synowie której, pomimo tyloletniej niewoli i prześladowań zdołali w sercach swoich nieskażoną polskość zachować i po ciężkich walkach, okupionych drogocenną krwią powstańców śląskich, dołączyli do Korony Polski najbardziej cenny jej djament. Szczęśliwi jesteśmy, że w stolicy Ziemi Śląskiej, napowrót i nazawsze z Polską złączonej, odbywamy Zjazd nasz tegoroczny.

Zgodnie z programem Zrzeszenia obrady dzisiejsze pójdą w dwuch kierunkach: w I-ej części będą omawiane tematy, mające związek z medycyną kolejową, w drugiej zaś — sprawy nasze zawodowe.

Tak liczne dzisiejsze zebranie niezbicie dowodzi, że doroczne nasze Zjazdy mają wielką rację bytu i w tej pewności, że obrady będą nie mniej owocne, niż poprzednie, otwieram V Zjazd Zrzeszenia Lek. Kol."

Na prezesa Zjazdu powołano D-ra Józefa Zawadzkiego, na asesorów, D-ra Umiastowskiego (Wilno) i D-ra Cieńciałę (Katowice), na sekretarza D-ra Tomicę (Katowice).

Po objęciu przewodnictwa Dr. Zawadzki wygłosił przemówienie:

„Dziękując Szanownym Kolegom za zaszczytny wybór, pragnę zwrócić uwagę na treść dzisiejszych obrad.

Jak zwykle na Zjazdach naszych pierwszeństwo dajemy odczytom naukowym, mającym styczność z kolejnictwem i medycyną kolejową. Na pierwszem więc miejscu znajdą Szanowni Koledzy dwa odczyty poświęcone nowej gałęzi badania — psychotechnice — mając tu na myśli odczyt D-ra H. Targońskiego: O metodach badania zmęczenia w zastosowaniu w kolejnictwie, Inż. Wojciechowskiego: Dotychczasowe wyniki badania psychotechniki prac kolejowych, Dr. A. Liebesmana: Rozwiązanie zagadnienia chorób metaluetycznych w kolejnictwie i Dr. Wilimowskiego: Przepukliny jako następstwa poszczególnych wypadków i ocena procentowa następstw po nieszczęśliwych wypadkach.

Prócz tych odczytów o treści naukowej mamy odczyt poświęcony zastosowaniu hygjeny społecznej w kolejnictwie, omawiający konieczność zjednoczenia lecznictwa dodatkowego, wreszcie na zakończenie odczyt, poświęcony sprawom lekarzy, Dr. Z. Hankego: O usprawnieniu pracy i poprawie bytu lekarzy rejonowych.

Program jak widzimy obfity, odzwierciadlający całokształt zadań Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych. Zrzeszenie nasze bowiem ma na celu nie tylko zadania materjalne członków, ale dąży do polepszenia stanu sanitarjatu kolejowego oraz do rozwinięcia nowego u nas działu medycyny kolejowej. Dowodem jest wydawane przez Zrzeszenie pismo — Lekarz Kolejowy.

Mam niepłonną nadzieję, że dzisiejsze obrady wniosą nowe myśli do naszych zadań jako Zrzeszenia; jednocześnie miło mi podkreślić, że obecność p. Dr. Borzęckiego, przedstawiciela p. Ministra Komunikacji, który okazał wielkie zainteresowanie dla Zjazdu oraz p. Inż. Niebieszczańskiego, Prezesa Dyrekcji Katowickiej, który stale interesuje się medycyną kolejową, dodaje naszemu Zjazdowi blasku i daje nam nadzieję, że postulaty, które będą wysunięte na Zjezdzie znajdą zastosowanie w życiu kolejowem".

W imieniu Pana Ministra Komunikacji w serdecznych słowach powitał Zjazd i złożył życzenia owocnej pracy Pan Dr. Borzęcki, Naczelnik Wydziału Sanitarnego M. K.

Pan Inż. Niebieszczański, Dyrektor Dyr. Katowickiej wygłosił w imieniu Dyrekcji powitalne przemówienie:

Szanowne Panie i Szanowni Panowie.

„Jako gospodarzowi tutejszej Dyrekcji przypadł mi w udziale miły obowiązek powitać V-ty Wszechpolski Zjazd Lekarzy Kolejowych. Witając Was wszystkich Szanowni Państwo imieniem własnem i wszystkich moich współpracowników wyrażam wielką radość, że jako teren Waszych obrad obraliście właśnie Dyrekcję Katowicką. Jesteście bowiem na prastarej Ziemi Piastowej, która bochaterstwem i kwią swych najwierniejszych synów wywalczyła wolność i łącząc się po wiekowej niewoli z naszą ukochaną Ojczyzną przyniosła nam w darze bogate dary swej ziemi, ale która potrafiła mimo olbrzymich przez wieki całe trwających wysiłków naszego odwiecznego wroga, przechować prawdziwą wiarę Ojców naszych i nieskażoną myśl polską.

To też zjazdy wszelkie na tutejszych kresach zachodnich mają olbrzymie znaczenie, tak z punktu widzenia narodowego jak i państwowego, gdyż zacieśniają coraz bardziej silne więzły braterskie między braćmi poszczególnych dzielnic Polski, dając tem samem możność należytego zrozumienia się i oceniania istotnych walorów tutejszego polskiego społeczeństwa. A czas już najwyższy, by ustały różnice dzielnicowe, by ze słownika polskiego znikło słowo „separatyzm" i byśmy złączywszy wspólną myślą całe społeczeństwo zwrócili uwagę na grożące nam niebezpieczeństwo ze strony naszego sąsiada zachodniego.

Że Zjazd Panów witam ze specjalnym niekłamanym sentymentem niech świadczy choćby ten fakt, że nie pojechałem na Wszechpolski Zjazd Inżynierów Kolejowych, który obecnie odbywa się w Stanisławowie, jakkolwiek ze Związkiem Inżynierów łączą mię fachowe i specjalne względy. Sentyment ten ma swe źródło w szczególnem stanowisku lekarza kolejowego w naszej organizacji kolejowej i w jego specjalnej misji, polegającej w niezmiernie trudnych i ciężkich warunkach.

Mogę Panów zapewnić, że umiemy ocenić Waszą ofiarną pracę i Wasze poświęcenie, dlatego darzymy Was stale nietylko sympatją, ale i wysokiem zaufaniem.

W czasie Zjazdu obecnego macie Panowie radzić nad ważnymi problemami z dziedziny naszych zagadnień kolejowo-lekarskich. Życzę Wam z całego serca, by obrady Wasze przyniosły w rezultacie decydujące wyniki dla sprawności fizycznej rzeszy kolejarskiej, bo tem samem podniesie się i poziom sprawności naszego kolejnictwa.

Cieszyć się będę, gdy Panowie, żegnając po ukończonym Zjeździe ziemię śląską i naszą Dyrekcję, wywieziecie miłe wrażenia i wspomnienia.

Kończę moje przemówienie naszem górniczem hasłem śląskiem „Szczęść Boże".

Następnie witali Zjazd przedstawiciele Związku Inżynierów i Prawników Kolejowych. W imieniu miasta przemawiał Dr. Hlond, w imieniu zaś Koła Katowickiego Dr. Hager. Odczytano cały szereg depesz, nadesłanych ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej.

Następnie otwarto obrady; wygłosili referaty:

1. *Dr. Targoński* (Warszawa). **O metodach badania zmęczenia w zastosowaniu w kolejnictwie.**

2. *Inż. Wojciechowski* (Warszawa) **Dotychczasowe wyniki badań psychotechnicznych pracowników kolejowych.**

Dyskusja.

Dr. Sycianko (Wilno) Badania psychotechniczne, tak świetnie rozwijające się w ostatniem dziesięcioleciu ostatniemi czasy podlegają krytyce, a to głównie dla tego, że za mało uwzględniają znaczenie sfery emotywnej badanego przy ocenianiu otrzymanych rezultatów.

Nie podlega najmniejszej wątpliwości, że w chwili, kiedy waży się nieraz los badanego, odchylenia uwagi, zdolność reakcji z wyboru, zdolność napięcia uwagi aktywnej są bardzo osłabione. Zdolność do kojarzenia idei w takich wypadkach jest ogromnie jednostronna.

Wogóle wszystkie funkcje, podlegające badaniom psychotechnicznym znajdują się jak i wszystkie funkcje psychiczne w zależności od konstytucji organizmu, stopnia jego znużenia, od sprawności działalności serca, organów trawiennych i innych. Dla tego też, pozostawiając stronę techniczną tych badań p. p. Inżynierom, uważam za niezbędne, by ocena wyników tych badań należała do lekarzy, gdyż tylko oni, mogąc należycie ocenić sprawność funkcyjną całego organizmu, mogą też należycie oświetlić i sprawność funkcji psychicznych.

Dr. W. Kowalski (Warszawa). Słusznie szanowny prelegent przyjął za zasadę, że badanych, u których stwierdził wyniki zbliżone do średnich, uważa za uzdolnionych do odpowiedniej pracy, a to dlatego, że badania w pracowni psychotechnicznej są prowadzone w innych warunkach, niż codzienna praca badanego.

Maszynista, który jeździ 20 lat i który przyzwyczaił się do otaczającego go środowiska, łatwiej spostrzeże nawet najmniejsze odchylenia niż ten, który wstępuje na służbę pomimo, iż wyniki badania nowowstępującego mogą być znacznie lepsze, niż u starego maszynisty. Każdy z nas pociemku łatwiej orjentuje się w swoim pokoju, niż w obcym, choć go uprzednio widział i poznał.

Szanowny Prelegent zaznaczył, że Francuzi dają inne wyniki. Można to zrozumieć, o ile weźmie się pod uwagę, że Francuzi przedstawiają inny typ.

Inaczej będzie reagował na badanie mężczyzna wysoki, tęgi, ze skłonnością do otyłości, z upośledzoną czynnością tarczycy i przysadki mózgowej. Osobnik ten może dać przy badaniu gorsze wyniki, powolniejszy odczyn, a jako kilkoletni

pracownik może lepiej pełnić swoje obowiązki, niż nowowstępujący. Przeciwnie osobnik ze wzmożoną czynnością tarczycy będzie dawał odczyn żywszy, szybszy. Nawet przy ocenianiu sprawności fizycznej u osobników z małem sercem, opuszczeniem trzewi trzeba być ostrożnym.

Zdawałoby się, że tacy ludzie nie są w stanie wykonywać większych wysiłków, czy sportowych, czy też przy cięższej pracy. Kiedy do mnie przed kilku laty zwrócił się pacjent takiej wątłej budowy z zapytaniem, czy może jechać do Zakopanego i brać udział w cięższych wycieczkach i jeździć na nartach, radziłem mu, aby się od tego powstrzymał, gdyż uważałem, że serce jego nie wytrzyma takich wysiłków. Pacjent pojechał do Zakopanego, jeździł na nartach, czuł się dobrze, a ja mogłem stwierdzić, że mu to dobrze zrobiło. Począłem zwracać uwagę na tego rodzaju osobników. Mając możność zbadania różnych sportowców, wioślarzy. hockeistów, narciarzy, przekonałem się, że zwycięzcy w konkursach mają małe serce, robią wrażenie ludzi o wątłej budowie. Przeciwnie znowu widziałem atletów z bardzo rozwiniętymi mięśniami, którzy po dłuższych wysiłkach wyczerpywali się do tego stopnia, że wchodzili na I piętro z trudnością.

Wspomnę jeszcze, że inaczej będzie reagował na badania osobnik młody przed dwudziestym rokiem życia w okresie rozwoju, inaczej osobnik po 40 roku życia w okresie przekwitania. Trzeba więc być ostrożnym przy ocenie badań psychotechnicznych co do zdolności lub niezdolności do pracy.

Dr. Drożdż (Lublin) zapytuje prelegenta, czy badania psychotechniczne pracowników były jednorazowe. Uważa, że powtórzenie badań może dać całkiem inny wynik. Osobnik badany znajduje się pod wpływem emocji z powodu badania, przy powtórnem badaniu wpływu tego nie będzie lub będzie on przeważnie mniejszy, ponieważ badany oswoił się już z badaniem; dalej i różne inne fakty mogą raz wpływać na rezultat badania, drugim razem może ich nie być. Uważam, że każdy psychotechnicznie badany winien być przedtem zbadany fizycznie i psychicznie i dlatego nie wyobrażam sobie badań psychotechnicznych inaczej, jak współpracę technika i lekarza.

Inż. Wojciechowski. Wdzięczny jestem, p. d-rowi Syciance, że poruszył tu kilka ciekawych zagadnień. Przedewszystkiem słuszną jest rzeczą, aby psychotechnik zwracał uwagę nietylko na liczbowe wyniki badań inteligencji i badań dyspozycji zawodowych, ale także, aby zdawał sobie sprawę, z zachowania się osoby badanej, przejawów jej nerwowości, jej konstytucji psychotechnicznej i t. d. Zwykle badania psychotechniczne następują po lekarskich i wyniki jak jednych, tak i drugich powinny się wzajemnie uzupełniać. Otwiera się tu szerokie pole do współpracy lekarzy z psychotechnikami.

Zagadnienie, tyczące się tego, kto właściwie może być psychotechnikiem,— stanowi dotąd przedmiot sporu: jedni uważają, — że może nim być tylko psycholog, tu słyszymy. że tylko lekarz, inni przemawiają za inżynierem, a dr. Toulouse, powaga w świecie psychjatrji i psychotechniki, twierdzi, że tylko psychjatra może godnie i całkowicie odpowiedzieć zadaniu.

Za znanym niemieckim lekarzem-psychotechnikiem Poppelreuterem powtórzyć muszę: „Wielka szkoda, że to nie lekarze zajęli się psychotechniką i nie oni ją obecnie popychają naprzód. Trzeba powiedzieć, że to jednak oni sami ponoszą winę!“

Jednocześnie składam Sz. Panom życzenie, aby wśród młodych polskich lekarzy powstał zastęp lekarzy-psychotechników, którzy jednak będą musieli korzystać ze współpracy psychologów i techników.

3. *Dr. J. Zawadzki* (Warszawa). **O konieczności zjednoczenia lecznictwa dodatkowego na P. K. P.**

W dyskusji zabierał głos *Dr. Gronowski*, który zaznaczył, że instytucje społeczne, utrzymywane ze składek pracowników kolejowych, oddawna czynią próby doprowadzenia do zjednoczenia ich działalności. Jak dotąd wyniku pomyślnego nie otrzymano, niewątpliwie jednak cel ten zostanie osiągnięty.

4. *Dr. A. Liebesman* (Stanisławów). **Rozwiązanie zagadnienia chorób mataluetycznych w kolejnictwie.**

Dyskusja

Dr. Michałła (Katowice). Odczyn Wassermanna nie jest bezwzględnym sprawdzianem kiły. Są chorzy na kiłę, u których próba krwi przy badaniu serologicznem daje wynik odczynu WR negatywny; czasem pozytywny wynik odczynu WR bynajmniej nie dowodzi istnienia kiły. Odczyn WR jest tylko sprawdzianem pomocniczym, a zatem nie można ze względów zasadniczych przeprowadzać badań serolicznych u wszystkich pracowników.

Natomiast wskazane jest przeprowadzanie badań serol. krwi u osobników, podejrzanych o kiłę utajoną, oraz u osobników z metaluetycznemi objawami klinicznemi, a to celem przeprowadzenia kuracji malarycznej. Ostatnie badania i obserwacje wykazały, że znaczna ilość chorych z objawami metaluetycznemi, niezdolnych do pracy zarobkowej, została właśnie, po przeprowadzeniu kuracji zimnicą, przywrócona społeczeństwu, jako jednostki pożyteczne.

Dr. Drożdż (Lublin). Kol. Prelegent proponuje zastosować wśród pracowników kolejowych nadzwyczaj radykalny środek — badanie wszystkim pracownikom krwi na WR. Już nie mówiąc o tem, że technicznie przeprowadzenie tego zdaje mi się nadzwyczaj trudnem, to i przesłanki, na których oparł się prelegent nie są zbyt przekonywujące dla mnie. Prelegent propozycję swoją uzasadnia tym, iż chodzi mu o bezpieczeństwo ruchu, że metaluetycy, a może paralitycy i taboparalitycy wtedy byliby wyeliminowani, a ci dla bezpieczeństwa ruchu są nadzwyczaj groźni.

Tezy radykalne stosuje się wtedy, gdy są one gwałtownie potrzebne, tymczasem statystyka wcale nie wykazuje, aby tego rodzaju chorzy powodowali dużą ilość wypadków kolejowych. Dzieje się to dlatego, że nawet w początkach choroby sprawność psychiczna tych chorych obniża się, wskutek czego zostają skierowani do specjalisty, który odpowiednio z nimi postępuje. Co się zaś tyczy celów profilaktycznych, to zgadzam się z przedmówcą. że to by tylko źle usposobiło ogół do lekarzy, natomiast nie jest tak, aby duży procent chorych kiłowych kolejarzy nie leczyło się. Może z tych lub innych względów leczą się nie u lekarzy kolejowych, ale leczą się. Uważam więc, że należałoby, aby lekarze rejonowi w razach wątpliwych kierowali pacjentów do specjalistów i w ten sposób chorzy, mogący być niebezpieczni dla ruchu, byli by eliminowani, natomiast jestem przeciwny tezom prelegenta.

Dr. Sycianko (Wilno). Reakcja krwi na WR. wcale nie wyjawia, czy dany osobnik cierpi na kiłę, czy nie. W bardzo wielu wypadkach, mianowicie kiły późnej, reakcja krwi, a nawet i płynu mózgowo-rdzeniowego bywa ujemna, na tem więc objawie opierać rozpoznania nie można,

Jeśli chodzi o schorzenia metaluetyczne (paraliż postępujący, wszelkie choroby umysłowe) według istniejących przepisów czynią osobnika chorego niezdolnym do pracy kolejowej. Co sie tyczy tabes dorsualis, to takie masowe a priori uznawanie wszystkich tych chorych za niezdolnych do pracy kolejowej

było by niesprawiedliwe, gdyż mogą być między niemi ludzie zupełnie zdolni do pracy. Kiła naczyń krwionośnych, jako cierpienie w wielu wypadkach poddające się kuracji, nie może być uważane za powód czyniący chorego zupełnie niezdolnym do pracy — chory taki przy odpowiedniej kuracji może poprawić się i znów stać się użytecznym członkiem społeczeństwa.

Badanie krwi na WR, masowo u wszystkich stosowane, jest niemożliwe dlatego, że było by to do pewnego stopnia antyhumanitarne, nie zawsze może zupełnie bezpieczne. Zapobieganie cierpieniom metaluetycznym jest faktycznie rzeczą problematyczną gdy nigdy nie możemy twierdzić kategorycznie, że chory z kiłą stwierdzoną uniknie schorzenia metaluetycznego po przeprowadzeniu odpowiedniej kuracji.

Dr. Hlond (Katowice) jest zdania, że, pominąwszy odczyn WR, temat nie trafia sprawy, bo metalues leczyć i śledzić, to poczynanie za późne. Leczyć trzeba lues, ale badania i leczenie przymusowe nie usunie niebezpieczeństwa publicznego i nie uchroni chorego od następstw.

Ujemny odczyn WR i nawet brak zupełny objawów nie daje gwarancji ochronnej przed wypadkami. Nie można badań przeprowadzić, bo niema ustaw do przymusu leczenia i badania. Z obawy przed kontrolą będą się chorzy leczyć u znachorów i niepowołanych i pogarszać sprawę mimo podleczonej kiły z ujemnym WR.

Dr. Stefan Swiątecki (Bydgoszcz). Problemat wykrywania kiły utajonej u nowowstępujących do służby w kolejnictwie jest wielkiej wagi ze względu na obciążenie budżetu kolejnictwa przez leczenie takich chorych w przyszłości. Należy zatem koniecznie badać każdego wstępującego pracownika szczegółowo, uwzględniając wszystkie ew. istniejące symptomaty kiły utajonej,, posiłkując się reakcją Wassermanna i badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego na zmiany kiłowe. Powyższe badania nie stanowią naruszenia godności osobistej kandydata, a instytucja (Dyr. Kolei) ma prawo we własnym interesie i interesie publicznym tego wymagać.

Dr. E. Hanke (Królewska Huta). **Usprawnienie pracy i poprawa bytu lekarzy rejonowych.**

Ze względu na doniosłość spraw, poruszonych w tym referacie, na wniosek przewodniczącego, zdecydowano dyskusję przeprowadzić na zebraniu delegatów Zrzeszenia, które odbędzie się w Listopadzie r. b. Odpisy referatów przesłane zostaną do Kół, które nadeślą do Zarządu Głównego swoje uwagi.

Na tem przerwano obrady, dalszy ciąg których odbył się w trzecim dniu Zjazdu.

O godzinie 4-ej odbył się wspólny obiad w nastroju nadzwyczaj serdecznym i miłym. Wygłoszono cały szereg przemówień, gorąco oklaskiwanych przez uczestników. Wieczorem zebrano się na raucie, który przeciągnął się do późnej godziny w nocy.

8-go Września. Cały dzień poświęcono wycieczce na Śląsk Cieszyński. Zwiedzono Jastrzębi Zdrój i Sanatorjum Kolejowe w Bystrej.

Wycieczce towarzyszył Pan Prezes Dyrekcjl Katowickiej, który okazał nadzwyczaj dużo życzliwości i uprzejmości Zjązdowi, za co złożono Mu serdeczne podziękowanie.

9-go Września. Ranek poświęcono na zwiedzanie kopalni, hut i fabryk.

Uczestnicy wycieczek wynieśli niezatarte wrażenia, obrazujące ogrom i potęgę przemysłu śląskiego, pracującego ku dobru Rzeczypospolitej. O godz. 13-ej wznowiono obrady zjazdowe.

Dr. Wilimowski (Katowice) wygłosił referat p. t. „**Przepukliny jako następstwa nieszczęśliwych wypadków i ocena procentowa następstw po nieszczęśliwych wypadkach**"

Ponieważ referat dyskusji nie wywował, odczytano zgłoszone wnioski:

1. *Dr. Sycianko* (Wilno). V-ty Wszechpolski Zjazd Lekarzy Kolejowych, uznając ogromne znaczenie badań psychotechnicznych dla kolejnictwa, uważa za niezbędne jaknajszersze zastosowanie tej metody.

Zaznacza jednak, że badania te winny być prowadzone wspólnie przez specjalistów i lekarzy, przyczem strona techniczna tych badań była by prowadzona przez nie lekarzy, a ocena rezultatów i kwalifikacji winna należeć do lekarzy (neurologów i psychjatrów), gdyż tylko ci mogą należycie ocenić sprawność funkcji psychicznych badanego, jako ściśle związane z funkcjonawaniem całego organizmu.

2. *Dr. Tomaszewski* (Wilno). Konstytucja polska gwarantuje obywatelom, pozostającym na służbie państwowej, wypoczynek nierozerwalny w ciągu 42 godzin po upływie każdych sześciu dni pracy. Lekarze nie mogą korzystać z tego wypoczynku. Pracują w święta, w dzień i w nocy, bo rodzaj pracy pozbawia ich tych praw, jakie przysługują wszystkim innym pracownikom, z drugiej zaś strony uprawnienia do urlopów wypoczynkowych mają jednakowe z innymi. Takie traktowanie jest jawnem upośledzeniem praw stanu lekarskiego i winno być skompensowane dłuższemi urlopami wypoczynkowemi, zależnie od stanu nie zaś od wysługi lat, a mianowicie — 10-cio letni upoważnia do miesięcznego urlopu, 20-letni stan do 5 tygodniowego i ponad 25 lat — 6 tygodni.

3. *Dr Flis* (Rudki Dyr. Lwow.). Zrzeszenie Lekarzy Kolejowych wyraża opinję, że jest przeciwne zgłaszaniu lekarzy kontraktowych do ubezpieczenia w terytorjalnych kasach chorych. Ubezpieczenie to nie daje lekarzowi żadnych korzyści, a nakłada ciężar dość wysokich opłat na lekarzy, względnie budżet kolejowy. Aby niejasności ustawy usunąć proponujemy znieść nazwę lekarzy kontraktowych, a wprowadzić nazwę lekarzy nieetatowych.

4. *Dr. Flis* V Zjazd Lekarzy Kolejowych wyraża opinję, że ubezpieczenie robotników w teryt. Kasach Chorych pokrzywdziło ich znacznie, tak pod względem ciężarów, jak i zmniejszonych świadczeń i poleca Zarządowi Głównemu dołożyć wszelkich starań o przywrócenie poprzedniego sposobu ubezpieczenia w kolejowych kasach chorych.

Po przeprowadzeniu dyskusji zdecydowano powyższe wnioski przekazać zebraniu delegatów.

Na tem wyczerpano porządek dzienny.

Zabrała głos Pani D-wa Bermańska z Gdańska, która w serdecznych słowach złożyła podziękowanie Komitetowi Pań za poniesione trudy, związane ze Zjezdem.

Następnie przemawiał Dr. Świątecki (Bydgoszcz).

Kochani Koledzy Górnośląscy

„Kończymy ku wielkiemu żalowi nas wszystkich ten trzydniowy pobyt u Was, musimy wracać do naszych warsztatów pracy. Na długo, bardzo długo w naszej pamięci niezatarcie wyryły się wspomnienia z tej, jak radosny sen prześnionej feerji górnośląskiej. Daliście nam wzór organizacji sprawnej, sprężystej, zabiegliwej

i o wszystkich dbającej. I pokazaliście nam bezcenne skarby ziemi górnośląskiej — kopalnie węgla — te krynice energji, dźwigającej pracę współczesną; zaprowadziliście nas tam, gdzie w potężnych kuźniach wykuwa się stal — ten symbol hartu i niespożytej mocy; a. w radosnej wycieczce powieźliście nas do stóp Beskidzkich gór — byśmy tam odetchnąć mogli płucami tej ziemi, znojnym trudem i potem. Lecz najdroższym klejnotem, którem rozradowaliście nasze dusze — był ten, niestety rzadki dziś klejnot — to Wasze szczere, staropolskie, poczciwe serce górnoślązaka — dla wszystkich rodaków otwarte, dla wszystkich współbraci jednakowo przyjaźnie bijące.

Wyjeżdżamy i żegnamy Was, stokrotnie wzbogaceni w swej wierze w to, że jeśli w Was, górnoślązacy, tyle życiodajnej energji jest — ile w podglebiu tej ziemi, jeśli w Was tyle hartu i mocy jest — ile jej stal zawiera, a tyle umiłowania rodaków, ileście go nam okazali — nasza najjaśniejsza Rzeczypospolita te wszystkie łapczywe ręce, które po jej żywe ciało ośmielają się sięgać, odeprze silnie i potężnie "

Zjazd zamknął przewodniczący przemówieniem:

Szanowne Panie i Panowie

„Zjazd nasz trzydniowy dobiega końca. Wyczerpaliśmy zarówno porządek naszych obrad jak i wycieczek, mających na celu zapoznać kolegów, przybyłych ze wszystkich zakątków Polski w odwiedziny do Śląska z jego bogactwem i urokami. Obrady dały nam, jak przewidywałem, plon obfity i zakreśliły linje postępowania Zrzeszenia na rok następny, zalecenia Zjazdu Zarząd wykona w miarę możności. Gościnności kolegów śląskich dały już wyraz przemówienia zarówno Pań jak i Panów, podkreślając tę cechę ślązką wymownemi usty. Mnie przypadł zaszczyt na zakończenie podkreślenia, że obok wylanego serca spotkaliśmy się tu z umiejętną, wzorową organizacją zarówno naszych prac jak i wycieczek. W tej organizacji dopomógł Kołu miejscowemu swemi zarządzeniami p. Minister Komunikacji, jak i p. Prezes Dyrekcji przez swą stałą troskę o Zjazd i stałe w ciągu 2 dni uczestnictwo. Muszę podkreślić tu szczególne zasługi przy zorganizowaniu Zjazdu kol. Naczelnika Wydziału D-ra Ciencialy, kol. Magiery i Hagera, którzy stanowili trzon organizacji Zjazdu.

Zamykając Zjazd jeszcze raz składam w imieniu Zrzeszenia szczerą podziękę wszystkim wyżej wymienionym.

Dowidzenia za rok w Wilnie.

Wrażenia ze Zjazdu.

Wjeżdżamy do Katowic. Już od Częstochowy z płaskich nizin wjeżdżamy w kraj pagórkowaty, upstrzony kominami fabrycznemi i ziejącemi ogniem, nigdy nie wygasającemi piecami. Mijamy Radomsk, Zawiercie, Ząbkowice i niebawem przed nami migają wieże kopalniane, które już ciągnąć się będą od Dąbrowy, po przez Będzin i Sosnowiec, aż po za Katowice. Tu na ziemi widać zaledwie nikłe zwiastuny tej pracy, która wre i kipi pod nami, w wielkich głębiach śląskiej ziemi i która daje moc stali i siłę pary całej Polsce.

Na dworcu w Katowicach oczekuje już nas cały komitet wykonawczy Zjazdu z kol. Ciencialą, Magerą i Hagerem na czele, zapraszając nas do biura Zjazdu na Dworcu kolejowym, skąd obdarzeni programami, wybornym informatorem, przygotowanym specjalnie dla Zjazdu oraz odznakami Zjazdowemi, przechodzimy do kawiarni, gdzie czeka nas ranne śniadanie.

Punktualnie o godz. 9.30 zbieramy się na mszę św. w kościele Marjackim, rozpoczynamy część programu Zjazdu od złożenia hołdu Tej, która ochraniała tą prastarą dzielnicę od wynarodowienia i ucisku teutonów przez całe pięć wieków.

W podniosłym nastroju zaraz po ukończeniu mszy św. spieszymy śród drobnego deszczu pod Dworzec kolejowy, skąd wyruszamy pochodem, z wieńcem na czele, do stóp pomnika Nieznanego Powstańca na placu Wolności. W milczeniu składamy kwiecie u stóp pomnika w hołdzie tym, którzy krwią własną i życiem przypieczętowali wiekową walkę Ślązka o wspólny byt z Macierzą.

O g. 11 m. 15 rozpoczęły się obrady Zjazdu w sali konferencyjnej Dyrekcji Kolejowej.

Nie jest mojem zadaniem odzwierciadlanie samych obrad, znajdą je czytelnicy w protokółach Zjazdu. Tu notuję tylko wrażenia. A więc sala wypełniona po brzegi mieści około 250 osób, tu i owdzie migają na tle męskich twarzy barwne stroiki główe pań, towarzyszących członkom Zjazdu; nadają one sali charakter barwny; wywiązał się nastrój serdeczny, który wyraziłsię niebawem w przemówieniach powitalnych zarówno otwierającego Zjazd D-ra Mazurka z Warszawy, jak i w przemówieniach przewodniczącego Zjazdu D-ra Zawadzkiego, D-ra Borzęckiego Koła Katowickiego, Prezesa Dyrekcji, przedstawicieli prawników, inżynierów, Związku gospodarczego i Towarzystwa Polaków-lekarzy Śląska. Przemówienia te krótkie, jędrne, ale płynące z serca nastrajają odrazu cały zespół sympatycznie i stanowią wstęp do obrad właściwych, które rozpoczęły się natychmiast. Na mównicy zmieniają się prelegenci w ciągu 4 godzin, sala słucha ich z uwagą. Po każdym, odczycie jędrna wymiana zdań. Każdy wypowiada wątpliwości lub podtrzymuje tezę prelegenta. Głosowanie daje wyraz opinji, która zresztą jest prawie jednomyślna co do każdej z poruszonych kwestji. Oszczędzanie czasu jest wybitną cechą zarówno prelegentów, jak i biorących udział w dyskusji. Po 4 godzinach zarządzono przerwę, jeden odczyt odłożono do wtorku. Idziemy na zasłużony odpoczynek na bankiecie, wydanym przez Koło Katowickie.

Olbrzymia sala, gdzie niegdyś był klub hakatystów, a później ostoja ruchu wolnościowego Śląska mieści wszystkich uczestników Zjazdu.

Płynie więc beztroska rozmowa towarzyska, przeplatana od czasu do czasu toastami, w których daje się upust podziwowi dla gościnności staropolskiej Śląska, Wystąpiła ona tu w swej najpiękniejszej postaci. Pierwszy toast, witając przybyłych z różnych stron Polski, za pomyślność Rzeczypospolitej w ręce przedstawiciela Ministra Komunikacji p. D-ra Borzęckiego wypowiedział prezes Zjazdu, Dr. Zawadzki; podkreślono ten toast odegraniem hymnu i Roty. Następnie przemawiał p. Dr. Borzęcki, p. Prezes Niebieszczański, a później płynęły już toasty, szczerem podyktowane uczuciem i szczerą podzięką dla gospodarzy Zjazdu oraz dla Polek, które uświetniły tę ucztę. W niezmiernie miłym nastroju przeciągnęła się uczta do godziny 7-ej. O godzinie 11-ej rozpoczął się w tej samej sali raut.

Zmiana przez ten czas urządzenia. Stoliki zesunięto do ścian i pozostawiono wolną przestrzeń. Posuwistym polonezem rozpoczął p. prezes Niebieszczański tańce, które bez przerwy trwały późno w noc, bo aż do 4-ej rano. Śląski trojak, odtańczony wzbudził powszechny zachwyt.

A nazajutrz wszesnym rankiem unosi nas pociąg przez piękne łany do innej części Śląska, tej która karmi górnika i hutnika i tej która wlewa w zmęczone pyłem i dymem płuca ożywcze tchnienie pól i lasów.

Po niespełna 2 godzinach dojeżdzamy do Jastrzębia Zdroju, gdzie solanka

jodowa przyciąga kuracjuszów ze Śląska, ale i odległych miejscowości Polski. Zakład ten przedstawia się bardzo dodatnio, buduje się, rozszerza, w r. z. przybył mu piękny budynek, przeznaczony dla inwalidów, im. Marszałka Piłsudskiego; obok prześlicznego parku zakład dzieci Marji mieści wiele drobiazgu, korzystającego z solanki. Zakład jest w rękach polskich, przez polaków prowadzony i z czasem stać się może poważnem zdrojowiskiem tembardziej, że posiada obok źródeł dobre warunki higjeniczne.

Po zwiedzeniu zakładu siadamy znów do pociągu, który przenosi nas do stóp Beskidu.

Krajobraz zmienia się, na horyzoncie rysuja się dokładnie góry, pokryte lasami, szemrzą górskie potoki, szumią jodłowe i świerkowe lasy. Stajemy tuż nad potokiem u stóp góry, a pośrodku góry rysują się wyraźnie mury nowego sanatorjum — Kasy Chorych.

Sanatorjum kolejowe w Bystrej, rozpoczynające swą działalność, zbudowane jest pośrodku wysokiej lesistej góry. Do pięknego na 120 łóżek gmachu prowadzi serpentyna, pozwalająca na wejście i wjazd po małej pochyłości. Samo sanatorjum wewnątrz urządzone dobrze, przy każdym pokoju balkoniki, zastępujące na razie leżalnie, które będą wybudowane niebawem w lesie nad sanatorjum.

Przybywa więc kolejnictwu nowy czynnik przywracający zdrowie pracownikom kolejowym.

Próba kuchni sanatorjum urządzona przez Koło Katowickie wypadła doskonale, pokrzepieni więc rozchodzimy się, aby zwiedzić piękne okolice Bystrej. Niestety, burza, która rozszalała nad nami, zmusza nas do szukania osłony w wagonach i nie pozwala ich opuścić aż do odjazdu.

Na zasłużony spoczynek wracamy do Katowic, aby znów rano grupami zwiedzić kopalnię Wujek, fabrykę w Chorzowie, Huty Bismarka, Kunegundy Z wycieczek tych wynosimy wyobrażenie o wielkości Śląska i jego bogactw naturalnych oraz przeświadczenie, że przyszłość tej ziemi w łączności z Polską jest bardzo wielka.

I znów o g. 1-ej zbieramy się w sali konferencyjnej Dyrekcji aby wysłuchać odczytu D-ra Wilimowskiego. Po odczycie odczytanie rezolucji Zjazdu, końcowe przemówienie uczestników, przewodniczącego i zamnięcie Zjazdu.

Spieszymy wrócić do naszej codziennej pracy, do wszystkich okolic Polski, żegnając gościnny Sląsk. Trzydniowy pobyt na tej ziemi pozwolił nam ocenić nie tylko jego wartość materjalną, którą zawsze docenialiśmy, ale i wartość moralną ludności tej ziemi jej wytrwałość, hart i skarby uczucia i miłości dla wspólnej Ojczyzny.

Długo nam zostanie w pamięci Zjazd w Katowicach, nie zapomnimy ani Śląska, ani wszystkich kolegów Katowickich i ich pracy i oddania wysokiej sprawie.

T. J.

KRONIKA.

Zjazd Zarządu Głównego i Delegatów Zrzeszenia.

Dnia 30 Listopada r. b. o godzinie 10-ej rano odbędzie się w Warszawie (Chmielna 69) Zebranie Zarządu Głównego i Delegatów Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Porządek obrad:

1. Memorjał Związku Inżynierów Kolejowych w sprawie: a) Zwiększenia ilości szczebli w grupach; b) obsadzania stanowisk w VI grupie pracownikami o akademickiem wykształceniu.
2. Dyskusja nad referatem kol. Hanke.
3. Wnioski zgłoszone na Zjazd.
4. Memorjał Lekarzy specjalistów.
5. Przyszłoroczny Zjazd Zrzeszenia w Wilnie.
6. „Lekarz Kolejowy“ i sprawy finansowe.
7. Wolne wnioski.

Odpis

Minister Komunikacji

Warszawa, dnia 19 września 1930 r.

№ P. 2 23303 30.

Do

Panów Dyrektorów Kolei Państwowych, Dyrektora Centralnego Biura Rozrachunków P. K. P. w Bydgoszczy Dyrektora Zarządu Budowy Kolei Państwowych Herby-Inowrocław i Bydgoszcz-Gdynia w Bydgoszczy i Kierownika Przebudowy Węzła Warszawskiego w Warszawie.

Z pośród pracowników kolejowych znaczna liczba jest zrzeszona w kolejowych związkach zawodowych, które bez wyjątku postawiły sobie w statutach za cel zorganizowanie życia zawodowego bądź ogółu, bądź też pewnych specjalnych kategoryj pracowników kolejowych, wywieranie odpowiedniego wpływu na kształtowanie się warunków pracy i płacy na kolejach, dążenie do rozwoju kolejnictwa polskiego oraz samopomoc pod względem materjalnym i kulturalnym.

Uznając tego rodzaju działalność kolejowych związków zawodowych za pożyteczną i dla pracowników korzystną, Ministerstwo Komunikacji popiera wszystkie kolejowe związki zawodowe, nadając im szereg uprawnień, między któremi

było bardzo obciążające administrację kolejową prawo potrącania dla 15 związków składek członkowskich za pośrednictwem list płac.

Środki materjalne na prowadzenie akcji związków płyną z opłat członkowskich, które w ostatnich czasach utrzymują się w dość znacznych kwotach, średnio 4 zł. miesięcznie, co czyni około 7.500.000 zł. rocznie.

W akcji kolejowych związków zawodowych prócz samych członków i wyłonionych przez nich władz i organów związkowych, zainteresowane jest w wysokim stopniu Ministerstwo Komunikacji jako naczelna władza przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe".

Ze sprawozdań, składanych przez zawodowe związki kolejowe, niezawsze jasno wynika i z natury rzeczy wynikać nie może, czy fundusze, zbierane od członków za pośrednictwem administracji kolejowej, są w całości obracane wyłącznie na cele ściśle związane z zadaniami związku.

Uważam, że taki stan rzeczy istnieć nie może. Z chwilą bowiem, gdy sumy ściągane od pracowników kolejowych przez administrację kolejową, sięgają około 7.500.000 złotych rocznie, gdy powsłalo aż 15 związków, prowadzących działalność w rozmaitych sferach pracowniczych i pobierających składki w różnym wymiarze, gdy niektóre z tych związków ujawniają poza działalnością zawodową również wybitny udział w działalności politycznej, gdy wreszcie Ministerstwo Komunikacji, jako władza państwowa, spełnia w tych warunkach bardzo ważną pośredniczącą rolę organu, zbierającego fundusze dla wszystkich tych związków, ponosi ono niewątpliwie moralną odpowiedzialność za właściwe użycie zebranych sum i nie powinno spełniać wspomnianej roli, nie mając zastrzeżonego prawa kontroli i prawa sprzeciwu w przypadkach, gdyby wydatki związków nie wynikały ze ścisłych ich zeznań, jako organizacyj zawodowych. Oczywiście związki mogą na zasadzie swoich statutów nie poddać się tej kontroli, w tym przypadku jednak winny one same bez pośrednictwa administracji kolejowej zbierać skłądki od swych członków, jak to przyjęte jest zresztą prawie we wszystkich tego rodzaju instytucjach.

Pragnąc uregulować tę sprawę w myśl powyższego uzasadnienia, zarządzam z upoważnienia Rady Ministrów, aby w przyszłości potrącano miesięczne składki członkowskie za pośrednictwem list płac na rzecz tylko tych kolejowych związków zawodowych, które:

1) wyrażą zgodę na finansową kontrolę ze strony Ministerstwa Komunikacji, wykonywaną w sposób, jaki będzie ustalony prze Ministerstwo Komunikacji.

2) złożą w tym celu Ministerstwu Komunikacji odpowiednie deklaracje.

W przypadku, gdyby zdaniem Ministra Komunikacji sumy związkowe obracane były na cele, nieprzewidziane statutem, uprawnienie potrącania składek przez listy płac będzie cofnięte.

Wykaz zawodowych związków kolejowych, na rzecz których dozwolone będzie potrącanie składek zapomocą list płac, Ministerstwo Komunikacji ogłosi osobnym okólnikiem. Do czasu wydania dalszych zarządzeń, a w szczególności ogłoszenie wspomnianego wykazu związków należy, począwszy od przyszłej wypłaty uposażenia względnie wynagrodzenia za październik r. b., wstrzymać dalsze potrącanie miesięcznych składek członkowskich i wpisowego na rzecz kolejowych związków zawodowych.

(—) Kühn
Minister

Za zgodność
(—) Jaśkiewicz

Minister Komunikacji *Warszawa, d. 19 września 1930 r.*

№ P. 2/23303/30.

Do

Zarządu Głównego

Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

w Warszawie

ul. Chmielna 38.

Przesyłając odpis okólnika, wstrzymuję z przyczyn w okólniku tym wymienionych przyznane w swoim czasie Związkowi uprawnienie do potrącania miesięcznych składek członkowskich za pośrednictwem urzędów kolejowych w listach płac pracowników kolejowych.

Przyznanie powyższego uprawnienia może nastąpić, jeżeli związek byłby skłonny:

1) wyrazić zgodę na kontrolę gospodarki finansowej związku ze strony Ministerstwa Komunikacji w sposób, ustalony przez Ministra Komunikacji.

2) złożyć w tym celu Ministerstwu Komunikacji odpowiednią deklarację pisemną.

Związki, ubiegające się o przyznanie uprawnienia do potrącania składek członkowskich pracowników kolejowych — swoich członków za pośrednictwem urzędów kolejowych przez listy płac, winny wnieść prośbę do ministerstwa Komunikacji i przedstawić odnośną deklarację.

(—) Kühn

Minister

W odpowiedzi na wyżej podane pismo, Zarząd Główny Zrzeszenia podpisał deklarację:

Deklaracja.

Zarząd Główny Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych, wyraża niniejszem zgodę na wykonywanie przez Ministerstwo Komunikacji kontroli gospodarki finansowej Zrzeszenia w sposób określony w „Regulaminie“, podanym Zarządowi do wiadomości pismem Ministerstwa Komunikacji z dnia 2/X-1930 r. № P. 2/24403/30.

Odpis.

Ministerstwo Komunikacji
Biuro Personalne

Nr. P. 2/25073/30.

Warszawa, dn. 10 października 1930 r.

Do
Zarządu Głównego
Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

w Warszawie
ul. Chmielna 38.

Ministerstwo Komunikacji zawiadamia, że zgodnie z decyzją Pana Ministra Komunikacji z dnia 10.X-1930 r. Dyrekcje Okręgowe Kolei Państwowych (urzędy równorzędne) będą dokonywały, począwszy od dnia 1-go (wypłata uposażenia), względnie 5-go listopada b. r. (wynagrodzenia) potrącanie składek członkowskich na rzecz Związku za pośrednictwem list płac.

Ministerstwo Komunikacji wyjaśnia zarazem, że we wskazanych wyżej terminach bedzie uskutecznione potrącenie składek w normalnej wysokości za jeden tylko miesiąc.

Sposób przekazywania Zarządowi zebranych kwot pozostaje niezmieniony.

(—) Zajączkowski
Dyrektor Biura Personalnego.

Regulamin.

wykonywania przez Ministerstwo Komunikacji kontroli gospodarki finansowej Związków pracowników kolejowych.

§ 1.

Kontrolę finansową Związków pracowników kolejowych, określoną rozporządzeniem Ministra Komunikacji z dnia 19 września 1930 r. Nr. P. 2/23303 30, sprawuje Ministerstwo Komunikacji za pośrednictwem upoważnionych przez Ministerstwo delegatów bądź z pośród urzędników Ministerstwa Komunikacji, bądź z pośród pracowników Dyrekcji Okręgowych Kolei Państwowych.

§ 2.

Kontrola gospodarki finansowej Związku polega na szczegółowej rewizji kasy tudzież zbadaniu wszelkich dokumentów i ksiąg kasowych (głównych i pomocniczych) Związku, celem stwierdzenia, czy gospodarka finansowa związku, tak w centrali (zarządzie głównym), jak i w zarządach niższych jednostek organizacyjnych (okręgów, oddziałów, kół i t. p.) Związku, tudzież we wszystkich organizowanych i prowadzonyeh przez Związek przedsiębiorstwach i imprezach jest prawidłowa i zgodna z zadaniami Związku przewidzianemi statutem.

§ 3.

Rewizje mogą się odbywać zależnie od uznania Ministerstwa Komunikacji w każdym czasie i bez żadnego ograniczenia co do ich ilości.

§ 4.

Delegaci Ministerstwa Komunikacji zgłaszają się bezpośrednio przed rozpoczęciem kontroli u prezesa względnie zastępcy prezesa (przewodniczącego) zarządu kontrolowanej jednostki organizacyjnej, przedstawiając mu upoważnienie Ministerstwa Komunikacji do dokonania tej czynności. Prezes (przewodniczący) zarządu względnie jego zastępca winien natychmiast wydać zarządzenia, umożliwiające bezzwłoczne przeprowadzenie kontroli.

§ 5.

Zarządy Związków względnie ich funkcjonarjusze obowiązani są do okazywania jaknajdalej idącej i wszechstronnej pomocy przeprowadzającym kontrolę delegatom Ministerstwa przez dostarczanie wszelkich potrzebnych do rewizji ksiąg i dokumentów oraz przez udzielanie żądanych wyjaśnień.

§ 6.

Kontrola winna być przeprowadzona z jak największą dokładnością a wyniki jej ujęte pisemnem sprawozdaniem, które delegaci, przeprowadzający kontrolę, przedstawiają następnie Ministerstwu Komunikacji wraz ze swemi spostrzeżeniami i uwagami.

§ 7.

Ministerstwo Komunikacji będzie komunikować Zarządom Związków o zauważonych przy kontroli nieprawidłowościach w prowadzeniu gospodarki finansowej Związku z żądaniem bądź dodatkowych wyjaśnień, bądź usunięcia zauważonych nieprawidłowości względnie z zawiadomieniem o zapadłej decyzji Ministra, dotyczącej cofnięcia przywileju ściągania składek przez listy płacy.

VI-ty Kongres Międzynarodowy medycyny wypadkowej i medycyny pracy.

W pierwszych dniach sierpnia 1931 r. odbędzie się w Genewie VI-ty Kongres Międzynarodowy Medycyny Wypadkowej i Medycyny Pracy. Celem przygotowania udziału grupy polskiej, utworzył się Polski Komitet Organizacyjny w składzie następującym: z Warszawy: Dr. Chodźko, Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Doc. Dr. A. Wojciechowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luksemburg, Dr. B. Nowakowski; z Wilna: Prof. Dr. Karaffa-Korbutt; z Krakowa: Dr. St. Jankowski.

Obrady odbędą się w dwuch sekcjach.

Sekcja A, medycyny wypadkowej, przyjęła jako tematy główne:

1) Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa.
2) Uszkodzenie naczyń krwionośnych,
3) Zawodowe uszkodzenie skóry (wypadki i choroby zawodowe).
4) Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek, na jego skutki.

Jako tematy główne sekcji B, medycyny pracy, wybrano:

1) Patologja zawodowa robotników w przemyśle cementowym i kamieni sztucznych.
2) Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe.
3) Zmęczenie.

W związku z Kongresem odbędzie się wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografji, mulaży.

Poza tematami głównemi w obydwu sekcjach, wygłoszone będą komuni-

katy 10-cio minutowe z całego zakresu medycyny wypadkowej i medycyny pracy. Językami obrad są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Termin zgłaszania referatów do końca 1930.

Zgłoszenia referatów przyjmuje sekretarz Polskiego Komitetu Organizacyjnego, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela również wszelkich dodatkowych informacyj.

Zjazdy i kongresy.

24 — 25 maja 1931 r. odbędzie się w Vittel zjazd w sprawach kamicy moczowej.

VI międzynarodowy kongres medycyny i farmacji wojskowej odbędzie się w czerwcu 1931 r. w Hadze. Główne tematy:

1. Rekrutowanie, szeregowanie i kształcenie lekarzy i farmaceutów wojskowych.
2. Psychoneurozy wojenne.
3. Sposoby tamowania krwotoków na polu bitwy.
4. Przygotowanie i przechowanie naczyń do leków, używanych przez służbę zdrowia wojsk lądowych i morskich.
5. Urazy wojenne zębów i szczęki dolnej.

W spisie lekarzy kolejowych, drukowanym w Nr. 3 naszego pisma, przypadkiem opuszczono nazwisko *p. dr. Marjana Gimżewskiego*, lekarza rejonowego w Nowo-Święcianach. (Dyr. Wil.)

BIBLJOGRAFJA

Nowiny lekarskie, Nr. 14. *T. Bętkowski.* Leczenie chirurgiczne suchot płucnych. *R. Mogilnicki.* Nowy środek do powstrzymywania krwotoków, szczególnie u gruźlików. *K. Kontrym.* Krótkie doniesienie o rozpoczęciu prób nad działaniem gazów w gruźlicy płucnej. *Pluciński.* Przyczynek do rozerwania stawu łonowego i rozluźnienia obydwu stawów krzyżowo-biodrowych w czasie porodu. *E. Piasecka-Zeylandowa.* Nowsze badania francuskie z zakresu odporności przeciw-jodowej.

Nr 15. *Z. Dziembowski.* Leczenie ogólne nowotworów z uwzględnieniem szczególnem zastrzyków krwi naświetlonej oraz jego znaczenie dla chirurgji i radjologji. *J. Zeyland.* O rozpoznawaniu różniczkowem przewlekłych schorzeń płucnych u dzieci. *K. Kontrym.* Badania nad działaniem gazów w gruźlicy płucnej. *Bajoński.* Profilaktyczne sprowadzenie nóżki w przypadkach położeń pośladkowych. *J. Zeyland.* W sprawie szkolenia pielęgniarek społecznych.

Nr. 16. *W. Łuczyński.* Średnio okresowe parcia krwi podczas pracy w prawidłowym i hipertonicznym obrazie krążenia i ich wartość rozpoznawcza. *Doc. Dr. Nowakowski.* Przypadek mocznicy uratowany przez płókanie miedniczki przy jednostronnej nerce.

Nr. 17. *A. Mester.* Przyczynek do etjologji t. zw. reumatyzmu. *N. Nowoński.* Zboczenia konstytucji i gruźlica wieku dziecięcego. *A. Modrzejewski.* O stosowaniu pituitryny w położnictwie. *A. Henke.* Przypadek obrażenia rdzenia pacierzowego naskutek ucisku przez wytworzoną kostninę, powstałą po fałszywem zrośnięciu kręgów w okolicy lędźwi z następczą laminektomją. *H. Sroczyński.* Zdrojowisko solankowe i borowinowe Inowrocław. *K. Sawicz.* O leczeniu wziewaniami solankowemi i o wziewalni w Inowrocławiu.

Nr. 18. *Z. Uchodzka.* Niedokrwistość typu Jaksch-Hayema, spostrzegana w okresie powstawania choroby i jej wyleczenie. *L. Dobrowolski.* Znaczenie przetworów fosforowych w odżywianiu komórek ustrojowych. *D. Wyrwicki.* W sprawie krwawej wydzieliny z gruczołu piersiowego u kobiet. *Z. Bocheński.* Stosunek nerwu błędnego i współczulnego do anafilaktycznych schorzeń skóry.

Nr. 19. *K. Jonscher.* Uwagi o zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. *Br. Smolska.* Badania doświadczalne nad zmianami drobnowidzowemi narządów wewnętrznych u myszy białej pod wpływem zatrucia ostrego i podostrego meskaliną *St. Kramsztyk, L. Pietkiewicz.* O swoistem leczeniu krztuśca. *H. Hofman.* Bębnica po porodzie, *J. Zeyland i Piasecka Zeylandowa.* Wyniki szczepień przeciwgruźliczych za pomocą B C G dzieci w Poznaniu. *M. Kalinowski.* Stosowanie promonty w stanach wyczerpania nerwowego.

Nr. 20. *Z. Osińska.* Higjena wzroku, a oświetlenie miejsc pracy w biurach i urzędach. *Werner Rawe.* Śródżylna pielografja za pomocą uroselectanu. *S. Schiling i Siengalewicz.* Bąblowiec tasiemca wieńcogłowego tarczycy. *M. Grobelski.* Kilka uwag o rozwoju i stanie opieki nad dzieckiem ułomnem zagranicą i u nas.

Lekarz Wojskowy, Nr 7, 8 i 9. *Telatycki.* Ocena objawu gorączki i podgorączki z punktu widzenia fizjologa. *Wyrzykowski.* Odczyn Schicka u personelu i chorych Szp. Okręg. *Znajewska.* Przypadek niedokrwistości złośliwej. *Znajewska.* Brunatne zabarwienie skóry, a choroba Adissona.

Nr. 10, 11 i 12. *Fiumel U.* O stosowaniu insuliny w stanach niecukrzycowych. *Dzierzgowski.* W kwestji sposobów określenia procentowego przemiału mą-

ki i żyta. *Pęksa Wł.* O próbie zastosowania ługu dla wydzielania bakterji na posiewach przerośniętych odmieńcem.

Nr. 1 — 30 r. *Karaffa-Korbut.* Statystyka Sanitarna jako podstawa nauczania higjeny społecznej. *Wojnar St.* Wpływ tkanin użytych jako koszulki katatermometru Hilla na jego wskazania, *Dynkiewicz.* Przypadek niedowładu kończyny po rażeniu piorunem. *Kiakszto H.* Do kazuistyki obcych ciał w przełyku. *Kiakszto A.* Uchyłek Meckela jako przyczyna niedrożności jelit.

Nr. 2. *Kostarczyk i Rosnowski.* Niedokrwistość jako powikłanie poszczepionkowe. *Skorko J.* Przypadek wypadnięcia żołądka do jamy opłucnej. *Becker.* Analiza preparatów o składzie nieznanym.

Medycyna Warszawska № 14. *Dr. J. Zaorski.* Leczenie żylaków goleni i odbyty za pomocą wstrzykiwań. *Dr. L. Regmone-Sobieszczański.* O głodzeniu i leczeniu głodowem. *Dr. A. Rytel.* Wpływ czynników fizycznych, fizjologicznych i niektórych patologicznych na przemianę materji. *Gr. A. Wirszubski.* Alkoholizm u żydów.

№ 19. *Prof. dr. B. Sawicki.* Appendicitis perforativa abscessus cavi Douglassi adnexitis *L. Otęski i M. Gdowski.* O promieniowaniu drożdży. *A. Nowiński.* Pedjatrja w Kasie Chorych

Nr. 20. *Prof. dr. K. Karaffa-Korbut.* Nauczanie medycyny na naszych uniwersytetach z punktu widzenia naukowej organizacji pracy. *Z. Dobrowolski* Wrodzony przymiot gardła i krtani. *M. Kruszówna, E. Lawendelowa i H. Trzaskaczówna.* W sprawie powinowactwa jadów błoniczego i gruźliczego. *Doc. L. Zembrzuski.* Dzieje leczenia ran.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 29. *M. Szour.* W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. *Baumritter i Bielobiadek.* Przypadek śpiączki cukrzycej u dwuletniego dziecka.

Nr. 30 i 31. *Z. Świder.* O powstawaniu przewlekłej gruźlicy płuc u dorosłych. *H. Rasolt.* Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze elektrokariografji w schorzeniach serca. *N. Zandowa.* Wpływ roztworów hyper i hypotonicznych na tkankę nerwową i przestrzenie okołonaczyniowe. *I. Held, W. Helman.* Przypadek górnopłatowego ropnia w przebiegu zapalenia płuc krzepowego wyleczony za pomocą odmy sztucznej.

Nr. 32. *M. Meyzner.* Erythema infectiosum na tle endemji w zakładzie zamkniętym. *Thursz.* O nowej narkozie ogólnej.

Nr. 33. *B. Kassur.* Epidemja duru brzusznego w pow. Pułtuskim w r. 1929. *R. Amzel.* Epidemja duru brzusznego w Pułtusku z punktu widzenia bakterjologji.

Nr. 34. *B. Hermelinowa.* Erythema infectiosum na tle endemji w zakładzie zamkiętym. *W. Grzywo-Dąbrowski.* Alkoholizm a samobójstwo.

Nr. 35. *H. Higier.* O angiospazmach oraz ich znaczeniu djagnostycznem i patogenetycznem w chorobach mózgowych. *Tonenberg i Rozenblat.* W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia na tle żylaków.

Nr. 36. *H. Higier.* O angiospazmach. *A. Landau, T. Goliborska, M. Markson.* Przypadek czerwienicy Vaqueza, leczony fenilhydrazyną z oznaczeniem ilości krwi krążącej. *Inż. Mager.* Oprawa próbna „Oculus".

Nr. 37. *H. Brokman.* Cechy allergiczne w chorobach zakaźnych. *H. Higier.* O angiospazmach. *A. Siedlecka.* O szybkiej metodzie badania histologicznego.

Nr. 38. *H. Brokman.* Cechy allergiczne w chorobach zakaźnych. *A. Krukowski.* Kwasica i alkaloza w patologji układu nerwowego. *Prof. M. Eiger i doc. E. Czarnecki.* Badania nad nowotworami doświadczalnemi.

Nr. 40. *H. Brokman*. Cechy allergiczne w chorobach zakaźnych. *H. Higier*. Czy istnieje choroba Buergera i co stanowi jej istotę? *E. Siedlecka*. O przerzutach raka do migdałków.

Nr. 41. *H Brokman*. Cechy allergiczne w chorobach. zakaźnych. *H. Higier* Czy istnieje choroba Buergera i co stanowi jej istotę? *H. Kaczyński*. Przypadek ciała obcego w przełyku dwuletniego dziecka.

Nr. 42. *Prof. H. Straus*. W sprawie rozpoznawania przewlekłego nieżytu żołądka. *A. Bram*. O łagodnym przebiegu samoistnej odmy piersiowej u ludzi zdrowych. *Margulies*. Przypadek „Dorsokardji".

Nr. 43. *G. Bychowski*. Klinika i terapja zaburzeń czynnościowych potencji. *A. Landau, J. Held i K. Humiecki*. II przypadek linitis plastica luetica.

Nr. 44. *J. Fliederbaum*. O stanach dziecięcych pochodzenia trzustkowego. *B. Muszkatblat*. Mańkuctwo u dzieci.

Polska Gazeta Lekarska Nr. 28. *R. Arend*. Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem dialu, didalu, cibalginy dialacetyny „Ciba". *B. Skarzyński*. Chemja chormonów. *W. M.kułowski*. Infantilismus renalis. *S. Bühn*. Wskazania do zwalniania od ćwiczeń cielesnych u młodzieży szkolnej.

Nr. 29, 30. *K. Tyszka*. Leczenie wysiękowego zapalenia błon surowiczych preparatami złota. *R. Arend*. Spostrzeżenia kliniczne na działanie dialu. *W. Reis*. Pęcherzyki gazu w przedniej komórce oka — nowy objaw rozpoznania różniczkowego.przerzutowego zapalenia całej gałki ocznej na tle prątka okrężnicy przy cukrzycy. *T. Lewicki*. O spostrzeżeniach nad wpływem neosalvarsa nu na przebieg odczynu Biernackiego u zdrowych i chorych. *T. Zawodzińska*. W sprawie szycia porodowych pęknięć krocza w znieczuleniu miejscowem. *M. Manzon*. Prosty przyrząd, dający możność jednorękim chorym na rzerzączkę stosować strzykawkę Tarnowskiego. *J. Kostrzewski*. O przyczynie duru brzusznego i o jego zarazach. *A. Szabaniewicz*. W sprawie czytelnictwa naszej literatury naukowej.

Nr. 31. *St. Mackiewicz i Wł. Jarmuntowicz*. Półpasiec twarzy i zespół dystoniczny w przypadkach guzów utajonych przysadki. *Br. Braun*. Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła Zubera w Krynicy na przemianę spoczynkową oraz specyficzno-dynamiczne działanie białka w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych. *A. Schwartzbart*. Znaczenie układu nerwowego wegetatywnego w powstawaniu niektórych chorób oto-rhino-laryngologicznych. *St. Kaliniewicz*. O wskazaniach operacji ostrego zapalenia wyrostka ślepej kiszki.

Nr. 32. *E. Żebrowski i E. Bratkowski* Typhlostasis hepatica. *W. Krotow*. Urografja jako dalszy postęp roentgenodiagnostyki. *B. Dylewska*. Wady mowy i głosu w wieku szkolnym. *St. Newlińska*. Białkomocz u noworodków.

Nr. 33. *A. Ławrynowicz, E. Wilczkowski*. Serologiczne odczyny kiłowe w zimnicy. *I. Flaszen, St. Wachtel*. O przeszczepialności raka ludzkiego na zwierzęta. *E. Żebrowski, E. Bratkowski*. O pomiarach wątroby. *Dawydoff*. Seroreakcja i odczyn opadania krwinek jako metody pomocnicze w rozpoznawaniu i rokowaniu w gruźlicy u dzieci.

Nr. 36. *T. Tempka*. „Obraz kropli krwi„ z punktu widzenia teorji i praktyki. *I. Ross*. Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekolologji w świetle statystyki ostatnich lat. *Z. Ślączkowa*. Bezpłodność, jej przyczyny i sposoby zapobiegawcze. *Z. Bohdanowiczówna M. Łącki, M. Stankowska*. Spostrzeżenia nad seronowością paciorkowca hemolizującego.

Nr. 37. *W. Elnicz, M. Scheps*. Wpływ wasopressyny i oksytocyny na poziom cukru we krwi u ludzi. *M. Seidler*. Przyczyny i leczenie zakrzepów połogowych

i operacyjnych. *I. Koniecpolski.* Nadciśnienie samoistne jal o cierpienie często spotykane u żydów.

Nr. 38. *W. Jedliczka.* Podstawy głównych schorzeń przysadki mózgowej u osób dojrzałych. *I. Stopczański.* Wrażliwość skóry wobec pasorzytów jelitowych. *Z. Ślączkowa.* Bezpłodność, jej przyczvny i sposoby zapobiegawcze.

Nr. 40. *H. Hilarowicz.* W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu trawiennego wpustowej części żołądka. *A. Garbień.* Uchyłki jelitowe, wikłajace scho rze nia *H. Rasolt, H. Zalcman.* Przypadek jednostronnej dychawicy oskrzel owej w przebiegu gruźlicy płuc. *K. Kawczyński.* O tak zwanym „Chancre tuberculeux" wargi górnej. *Ą. Stadnicki.* Kilka uwag o stosowaniu Calcium-Dipurin i Jod-Calcium-Dipuirn.

Nr. 41. *Prof. A. Bocheński.* Wpływ energji promiennej na narząd rodny kobiety. *A. Rosset.* W sprawach wpływu uroselektanu na ustrój ludzki *A. Tenenbaum i H. Reiterowski.* Dwa lata ambulatoryjnego stosowania odmy sztucznej. *M. Szajne.* Leczenie róży alkoholowym, hypertonicznym roztworem chlorku potasu

Nr. 42. *A. Finkiel, E. Meisels.* O leczeniu dychawicy oskrzelowej za pomocą naświetlań promieniami Roentgen'a. *A. Stachórska.* O leczeniu niepłodności ze szczególnem uwzględnieniem fizjoterapji. *D. Berger.* Rentgenologja na Międzynarodowej Wystawie higjenicznej w Dreźnie.

Nr. 43. *K. Wiślański.* Działanie płynu mózgowo-rdzeniowego na wyosobnioną macicę. *9. Antoniak-Gzyżewska.* Przyczynek do współczesnej terapji nadciśnienia tętniczego. *A. Maciąg'* Ostry zanik wątroby w przebiegu kiły leczonej. *W. Kwaskowskl.* Układ siateczkowo-śródbłonkowy.

Inżynier Kolejowy, Nr. 10. *Inż. J. Tarwid.* Wprowadenie organizacji pracy technicznej na stacjach rozrządowych D. O. K. P. we Lwowie. *Inż. Centnerszwer.* Układ torów rozrządowych w planie i w profilu na stacjach, wyposażonych w hamulce torowe. *Inż. A. Langrod.* Reorganizacja warsztatów naprawczych niemieckich kolei państw. *Inż. W. Mikołajew.* O systemach mierników wyzyskania taboru kolejowego. *F. V.* Krytyczny pogląd na przyrządy służące do smarowania tłoków i suwaków parowej maszyny parowozów. *Inż. I. Buchholtz.* Z dziedziny fabrykacji wag wagonów.

Lekarz Wojskowy. Nr. 3. *B. Pawłowski.* Ventrofixatio jako przyczyna uwięznięcia i zgorzeli jelita cienkiego. *Skowroński.*O właściwym wagowo-analitycznym sposobie badania ilości „wdechalnego" pyłu powietrza.

Nowinny Lekarskie. Nr. *R. Bernhard.* Uwagi w sprawie twardziny i zapalenia skóry przewlekłego, zanikowego. *B. Kowalski.* Stosunek lekarza praktyka do kilku ważnych zagadnień ginekologicznych. *Giebocki.* Leczenie gruźlicy płuc ergosteryną naświetlaną.

Spis rzeczy.